

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 143

TRAITEMENT
DU
Rhumatisme articulaire aigu
PAR L'ANTIPYRINE

Sa supériorité sur le Salicylate de soude. — Son action préventive
sur les Localisations cardiaques

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 2 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RÉMY SOURD

Né à Saint-Pierre-de-Chartreuse, le 1^{er} juin 1872



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 143

TRAITEMENT
DU
Rhumatisme articulaire aigu
PAR L'ANTIPYRINE

Sa supériorité sur le Salicylate de soude. — Son action préventive
sur les Localisations cardiaques

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 2 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RÉMY SOURD

Né à Saint-Pierre-de-Chartreuse, le 1^{er} juin 1872



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESSEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophthalmologique		OLLIER.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		PONCET.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale.		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie		PIERRET.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacie		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON (A.).	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. CROLAS. Président ; M. ROQUE, Assesseur ;
MM. PIC et PAVIOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

En étudiant l'action de l'antipyrine sur le rhumatisme articulaire aigu, nous n'avons pas la prétention d'imposer une méthode nouvelle, ni de résumer les travaux intéressants qui ont paru, nombreux, sur ce sujet. Mais, en soulevant une question encore en litige : l'action comparée de l'antipyrine et du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu, notre but est de faire une étude toute clinique de l'antipyrine et de réunir un faisceau d'observations qui nous permettent ensuite de conclure, car en médecine rien ne prouve que des faits précis et bien observés.

Les guérisons rapides par l'antipyrine, dont nous avons été témoin, la satisfaction des malades soulagés dès le premier jour du traitement, guéris presque à coup sûr, au bout de trois ou quatre jours, nous ont pleinement montré que nous avions à notre disposition un véritable spécifique qui, aux précieux avantages du salicylate de soude unit une action incontestable sur les localisations cardiaques du rhumatisme.

Ces conclusions, nous les tirerons de faits nombreux et bien observés, mais, avant, il nous paraît intéressant de jeter un coup d'œil rétrospectif sur la thérapeutique ancienne et de montrer par quels tâton-

nements infructueux, dangereux même, elle passa pour arriver à un traitement vraiment rationnel et à la découverte de deux agents spécifiques : le salicylate de soude et l'antipyrine.

Nous traiterons spécialement du salicylate de soude dont nous signalerons les qualités et les défauts. Puis, après avoir cité trente-six observations de rhumatisme articulaire aigu franc traités par l'antipyrine, nous passerons à l'étude de ce précieux médicament que nous ferons le spécifique de choix du rhumatisme aigu.

M. le professeur Bondet nous a inspiré le sujet de notre thèse. C'est dans son service, à l'Hôtel-Dieu, que nous avons pu suivre de nombreux malades soignés et guéris par sa méthode. Qu'il nous soit permis de lui adresser nos meilleurs remerciements et nos vœux de rapide rétablissement qui le rende bientôt à ses élèves et à ses malades.

M. le docteur Clément, médecin à l'hôpital St-Joseph a bien voulu mettre à notre disposition ses nombreuses observations et le fruit de sa longue expérience. Nous l'en remercions vivement.

Nous sommes très reconnaissant à M. le professeur Crolas de l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

Nous sommes heureux aussi de pouvoir remercier MM. Roque et Paviot, médecins des Hôpitaux de Lyon, M. Cordier, chirurgien de l'Antiquaille, M. Goullioud, chirurgien de l'hôpital St-Joseph, pour leur précieux enseignement et la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

CHAPITRE PREMIER

Historique du traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Avant Sydenham, Bouillaud et Broussais, nous ne trouvons, comme traitement du rhumatisme articulaire aigu, que la diète et la saignée répétée d'une façon excessive jusqu'à 6, 8 et 10 fois.

Nous ne nous attarderons pas à faire la critique de ce mode de traitement justement abandonné, qui n'a jamais jugulé un rhumatisme franc et n'a pu apporter quelque rémission ou atténuation à l'état douloureux que par l'anémie profonde qui devait en être la conséquence.

Après les émissions sanguines, Bricheteau et Jaccoud mettent en honneur les émissions séreuses, d'après cette idée théorique que la sédation au niveau des fluxions articulaires est d'autant plus marquée

que les évacuations ont été plus abondantes, et, pour ce, ils préconisent, Jaccoud surtout, le tartre stibié à haute dose. Mais qui ne sait combien pénible est cette médication et combien sont déplorables ses effets sur le tube digestif et la santé générale du malade !

Puis ce fut le tour des diurétiques, des sudorifiques, des révulsifs. C'était un progrès, les malades en retirèrent certainement quelque profit, car l'action de ces agents, si peu efficace soit-elle, doit encore, à l'heure actuelle, être conservée dans quelques cas comme adjuvant de la médication spécifique.

Les défenseurs de la théorie pathogénique qui voyaient, dans le rhumatisme articulaire aigu, une altération acide du sang, devaient forcément formuler une médication basée sur cette théorie et, en conséquence, s'adresser aux alcalins : bicarbonate de soude, de potasse, nitrate de potasse, etc.

En face des résultats négatifs fournis par ces produits, on s'adressa aux acides : jus de citron, citrates acides, etc.

C'était compléter la série et, malgré tout, le rhumatisme articulaire aigu n'en continuait pas moins sa marche progressive et désespérante de par l'apparition de nouvelles localisations viscérales : cœur, péricarde, plèvre, encéphale, etc. Van Swieten, Gianini, Haygarth, Briquet surtout, se mirent à ordonner le sulfate de quinine. Outre que ce produit était sans action sur les localisations réalisées de l'affection, il réussissait à peine à calmer, ou atténuer les souffrances du malade. Il sembla même que la quinine

que l'on administrait à haute dose favorisât l'éclosion redoutable des localisations cérébrales, et cela peut-être en raison de son action sur le système nerveux, car, on le sait, son administration un peu répétée a bien vite amené des symptômes nerveux, tels que céphalée, vertiges, bourdonnements d'oreille.

CHAPITRE II

Etude du salicylate de soude.

En 1876, Stricker démontra que l'acide salicylique a une influence curative rapide sur le rhumatisme articulaire aigu. Le 26 juin 1877 Germain Sée fit, à l'Académie de Médecine de Paris, une communication mémorable dans laquelle, non seulement l'action physiologique de l'acide salicylique était magistralement étudiée, mais encore, le traitement du rhumatisme par ce médicament méthodiquement et définitivement établi.

Malgré les résultats merveilleux dont l'administration de ce produit était suivie dans l'affection qui nous occupe, en raison de sa causticité sur le tube digestif, des accidents qu'il amenait du côté de cet appareil, on lui substitua l'un de ses sels : le salicylate de soude, beaucoup moins irritant, mieux supporté et aussi curatif que l'acide lui-même.

Transporté par le sang au niveau des articulations enflammées, le salicylate de soude s'y décompose

sous l'influence de l'acide carbonique et l'acide salicylique est mis en liberté.

C'est cette décomposition au sein des tissus malades qui expliquerait, d'après Nothnagel et Rossbach, l'action vraiment spécifique du salicylate de soude qui, grâce à ses propriétés antiseptiques, détruirait sur place l'agent infectieux.

C'est ce même phénomène qui rendrait compte de ce fait que le salicylate de soude, dont l'effet est si marqué et si sûr dans le rhumatisme articulaire aigu, reste impuissant dans le rhumatisme apyrétique chronique où, en raison de la moindre intensité de la réaction inflammatoire et de la faible quantité d'acide carbonique, l'acide salicylique n'est pas mis en liberté.

Grâce à Germain Sée, qui fit connaître ce précieux médicament, la thérapeutique, impuissante jusqu'alors en face des manifestations si douloureuses du rhumatisme, était donc en possession d'un véritable spécifique. L'effet du salicylate de soude dut paraître merveilleux, et ce médicament régna en maître jusqu'à la découverte de l'antipyrine en 1884, et continue, même à l'heure actuelle, à réunir les suffrages de médecins éminents qui l'admettent sans conteste.

Loin de nous la pensée de faire rejeter l'emploi du salicylate de soude. Son action est réelle dans le rhumatisme aigu dont il guérit assez rapidement, le plus souvent, les manifestations articulaires, en faisant disparaître le gonflement et la douleur.

Mais les manifestations articulaires ne sont que

peu de chose dans le cours du rhumatisme aigu. Le mal est aux articulations, sans doute, mais le danger est ailleurs. Ce qu'il faut éviter, à tout prix, ce sont les localisations cérébrales et viscérales, si fréquentes, qui rendent la maladie si redoutable pour le présent et l'avenir.

Souvent, en effet, le rhumatisme articulaire aigu, après avoir envahi une ou plusieurs articulations, se jette sur l'endocarde, les plèvres, les méninges ou le péritoine.

On voit alors survenir, quelques jours après le début de la maladie, une oppression plus ou moins intense, les battements deviennent plus énergiques, moins sourds, et l'on ne tarde pas à constater, à l'auscultation, un souffle mitral doux, systolique, qui empiète sur le petit silence.

Souvent on trouve, à l'orifice aortique, un souffle se prolongeant dans l'aorte (1). Dès lors, les lésions endo-cardiques sont constituées ; les valvules mitrales ou sygmoïdes aortiques sont touchées par des lésions irrémédiables.

La péricardite, moins fréquente, se traduit par l'extension de la matité cardiaque, des bruits sourds et des frottements superficiels. Les bruits s'affaiblissent à mesure que l'exsudation albumino-fibreuse devient plus abondante.

Les plèvres sont aussi moins souvent atteintes que le péricarde. Leurs lésions se traduisent par un épanchement séro-fibrineux, d'abord unilatéral,

(1) LANCEREAUX. — *Chronique médicale de Paris*, 1892.

qui envahit bientôt l'autre côté. Cette pleurésie est caractérisée « par la présence d'un épanchement subit abondant et d'une extrême mobilité » (Lancereaux).

La méningite rhumatismale est, heureusement, une complication rare; il en est de même de la péritonite.

Donc, la préoccupation constante du médecin est d'éviter ces redoutables complications, et c'est du système nerveux qu'il doit s'enquérir constamment; c'est le cœur qu'il doit sans cesse avoir en vue, afin de prévenir toute atteinte cérébrale ou cardiaque.

Car, si le salicylate paraît agir sur les localisations articulaires du rhumatisme, il semble, au contraire, de par ses propriétés physiologiques et de par les observations cliniques, n'avoir aucune action sur les redoutables complications du rhumatisme; bien plus, son emploi nous paraît contre-indiqué dans tout rhumatisme articulaire aigu avec lésion cardiaque confirmée.

L'action du salicylate de soude sur le système nerveux n'est pas encore absolument démontrée. De faibles doses ne provoquent chez l'homme sain aucun trouble du côté du cerveau ou de la moelle (Germain Sée); 2 ou 3 gram. en vingt-quatre heures chez un sujet sain ne produisent rien ou presque rien; mais souvent avec 4 gr., et constamment avec 5 ou 6 gr. d'acide salicylique, on provoque des bourdonnements lointains, que les malades comparent à des sensations de flots et des bruissements dans la tête.

Kirchner attribue ces perturbations de l'ouïe à des

troubles vaso-moteurs, déterminant une hyperémie cérébrale, car les injections de 8 à 10 gr. de salicylate de soude, pris en une fois ou à doses très rapprochées, provoquent de l'animation de la face, parfois des douleurs et des bouffées de chaleur à la tête avec une sorte d'ébriété.

A dose massive on observe des troubles visuels et du délire qui, d'ordinaire, reste calme, sans hallucinations, mais qui peut devenir violent et s'accompagner de convulsions tétaniformes (Manquart).

Blanchier a établi que le salicylate de soude atteint les centres nerveux eux-mêmes et agit sur les cellules de l'axe cérébro-spinal qu'il excite d'abord pour le paralyser ensuite. C'est donc, à dose toxique, un poison des centres nerveux et l'on conçoit que cette action sur le cerveau puisse être néfaste dans le cours du rhumatisme actuel aigu et favoriser dans une certaine mesure ses terribles manifestations cérébrales.

L'action du salicylate de soude sur le cœur et la circulation a été bien étudiée.

Germain Sée pense qu'à dose thérapeutique, le salicylate de soude n'a aucune action sur le cœur. Il ne modifie pas les lésions déjà acquises, mais, d'après cet auteur, il aurait seulement une action préventive sur les localisations cardiaques en guérissant rapidement le rhumatisme. D'autres auteurs, par contre, n'ont pas jugé le salicylate aussi inoffensif. Oltramare a constaté sur les grands vaisseaux que le salicylate de Nad, introduit dans le sang, augmente la fréquence du pouls, l'énergie de la systole

et la pression intra-vasculaire; puis, si les injections sont répétées, l'excitabilité du cœur diminue, le pouls devient irrégulier, intermittent, la pression sanguine s'abaisse et le cœur s'arrête en dernier lieu.

Chez l'homme, les pulsations cardiaques sont également augmentées et Schrøder a vu le pouls s'élever à 100 et 120 par des doses élevées. On ne peut nier que, dans le rhumatisme articulaire, surtout dans les formes malignes, le salicylate de soude ne produise un certain état d'éréthisme cardiaque; la pression devient plus élevée, le cœur est soumis à un travail excessif qui doit nécessairement le mettre dans un état d'infériorité et le rendre, par conséquent, plus apte à contracter certaines localisations rhumatismales.

C'est aussi cette action du salicylate sur le cœur, qui faisait dire à Jaccoud qu'il y avait contre-indication absolue de la méthode salicylée en cas d'endocardite constituée.

En cas de complication viscérale l'administration du salicylate de Nad paraît avoir pour résultat d'atténuer la douleur articulaire et d'aggraver l'état viscéral.

On peut même affirmer, dit Jaccoud, que souvent l'accentuation des phénomènes viscéraux est en raison directe de l'amélioration constatée au niveau des articulations.

Et ce résultat s'explique très bien; si le cœur est déjà malade le salicylate de soude ne peut que le fatiguer davantage en l'obligeant à un travail excessif;

s'il est sain, au contraire, non seulement le médicament ne peut rien contre les complications cardiaques mais il peut même les faire éclater.

En effet à l'heure actuelle où salicylate de soude est donné pour ainsi dire d'une façon courante, comme le seul remède du rhumatisme, où le public lui-même connaît son action et sait lui-même l'employer, ne sommes-nous pas étonnés du nombre de complications cardiaques qui réclament nos soins pour ces lésions elles-mêmes et à l'occasion d'une nouvelle poussée de rhumatisme. Si le salicylate avait vraiment une action préventive sur les localisations rhumatismales, nous verrions, il nous semble, moins de ces localisations. Bien plus, il nous paraît, au contraire que ces localisations augmentent de fréquence et si nous consultons les statistiques elles ne font que nous confirmer ce que la première observation nous avait révélé.

Donald Hood, en 1881, mentionne 350 cas de rhumatisme articulaire aigu, traité, par le salicylate de soude ; sur ces 350 cas les complications cardiaques ont été observées chez 241 malades soit une proportion de 68,8 o/o.

Le même auteur, sur 850 cas non soumis au salicylate de soude, note 500 complications cardiaques, soit une proportion de 58,8 o/o.

S. Toupland a recueilli 84 cas traités par le salicylate chez lesquels il observe 64 complications cardiaques soit 76,20/o, proportion inconnue jusqu'alors.

G. Smith, en 1882, peut suivre 1724 malades soumis à divers traitements autres que le salicylate ; il

trouve 941 complications cardiaques soit une proportion de 54,5 0/0.

Le même auteur, chez 1748 malades, emploie la médication au salicylate de soude. Il observe alors 1109 malades touchés dans leur endocarde, soit une proportion de 63,4 0/0.

Badt traite 148 malades au salicylate de Nad, il a 17,6 0/0 de complications cardiaques. Le même auteur arrive à une proportion de 16,4 0/0 chez 176 malades non traités par le salicylate.

On peut donc conclure, en présence de faits aussi démonstratifs, que le salicylate de Nad ne guérit pas les complications cardiaques du rhumatisme et ne les prévient pas, au contraire, il semble être contre-indiqué dans les formes viscérales de cette affection.

Le salicylate de Nad n'exerce une action thérapeutique efficace qu'à l'égard des manifestations articulaires de rhumatisme aigu, il reste sans effet sur les complications viscérales.

Le devoir du médecin soucieux de l'avenir de ses malades est donc sinon de l'abandonner tout à fait, du moins de ne s'en servir qu'avec une extrême prudence et modération, et de substituer à son emploi celui de l'antipyrine, qui guérit d'une façon rapide et plus sûre les manifestations articulaires, et nous semble avoir une action préventive sur les localisations cardiaques du rhumatisme. C'est l'étude de ce précieux médicament qui fera le sujet des chapitres suivants.

CHAPITRE III

De l'antipyrine. — Historique.

Découverte par Knorr en 1884 et introduite dans la thérapeutique par Filehne (Eslanger), l'antipyrine fut vulgarisée en France par Huchard.

En 1854, Tillmann (*Deutsche med. Wochen.*, n° 31) signale, pour la première fois, son action dans le rhumatisme articulaire aigu. « L'antipyrine, dit Tillmann, abaisse non seulement la température, mais a encore une très heureuse influence dans la disparition des douleurs et des manifestations articulaires ».

Un an plus tard Bernheim, en France, constate l'efficacité de l'antipyrine dans le rhumatisme et la signale à la Société de Médecine de Nancy, le 25 février 1885.

On peut lire, dans le compte rendu de l'Académie royale de Médecine de Liège, séance de janvier 1885, un mémoire sur le même sujet de Massius, de Liège.

Neumann, en 1885, rapporte 17 observations en concluant que l'antipyrine dissipe rapidement les douleurs et le gonflement dans le rhumatisme aigu mais reste impuissant à arrêter les complications.

Joubert Laurencin (Thèse de Lyon 1885), sous l'inspiration du docteur Clément, publie un certain nombre d'observations et considère l'antipyrine comme un spécifique du rhumatisme aigu.

Breton (Thèse de Montpellier) en fait l'équivalent du salicylate de soude.

Le docteur Clément, de Lyon, en 1886, fait, à la Société de Médecine de Lyon, une communication importante où, non-seulement il démontrait l'action spécifique de l'antipyrine dans le rhumatisme, mais encore faisait justice des accusations qu'on pouvait formuler contre son emploi.

M. le professeur Bondet fit beaucoup aussi pour la vulgarisation de l'antipyrine, comme remède spécifique du rhumatisme, et c'est dans le service de notre maître que nous avons pu juger de l'action rapide et sûre de l'antipyrine et de sa supériorité sur le salicylate de soude.

En 1886, dans une communication à la Société de Médecine de Lyon, M. le professeur Bondet dit qu'il a été frappé de la rapidité et de la fidélité des effets de l'antipyrine dans le rhumatisme aigu et quelques cas de rhumatisme chronique. Il n'hésite pas à lui donner, dans cette maladie, la préférence au salicylate de soude qui détermine divers maux, tels que la nausée, la céphalalgie, les vertiges, etc...

Royer, dans une thèse de Paris 1891, étudie le

traitement du rhumatisme par l'antipyrine, sous l'inspiration de M. le professeur Peter, et conclut que l'antipyrine est un médicament spécifique dans le rhumatisme aigu et subaigu, car elle modifie favorablement la fluxion articulaire aussi bien que la fièvre et la douleur. L'antipyrine, dit-il, est supérieure au salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme, non-seulement à cause de la rareté des accidents secondaires, mais encore et surtout à cause de la grande rapidité de son action thérapeutique.

Chevron, dans la dernière thèse parue à Lyon, en 1892, au sujet du traitement du rhumatisme par l'antipyrine, et inspirée par M. le professeur Bondet, arrive à peu près aux mêmes conclusions et fait de l'antipyrine le médicament de choix du rhumatisme articulaire aigu par une action immédiate, tant sur la maladie elle-même, que sur ses complications ultérieures.

Nous-même apportons à l'appui de notre thèse une quarantaine d'observations. Il nous semble utile de les exposer de suite; la simple lecture de ces faits, que nous avons suivis et contrôlés pour la plupart, nous permettra, mieux que tout raisonnement, de conclure à l'action spécifique de l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire aigu, et à sa valeur comme médicament préventif des localisations cardiaques du rhumatisme.

CHAPITRE IV

Observations

OBSERVATION I

Marie A..., 22 ans. Entrée à l'hôpital le 1^{er} avril 1894.

A 16 ans, première attaque de rhumatisme, ayant tenu la malade 4 mois au lit.

14 mois après, deuxième attaque qui dura trois mois.

L'an dernier, gastrite qui la fit souffrir pendant deux mois.

Il y a 15 jours les douleurs apparurent d'abord dans les pieds, puis les reins et les bras.

Actuellement, douleur aux deux genoux, aux articulations tibio-tarsienne et dans la région lombaire. Tout mouvement est presque impossible.

Pas de gonflement des articulations.

Rien au cœur.

Pas d'albumine dans les urines.

Apyrexie.

On donne 5 grammes d'antipyrine par jour.

Le 5 avril, la malade souffre moins.

Le 9, les douleurs articulaires ont disparu. Rien au cœur.

On ne donne plus que 3 grammes d'antipyrine.

Le 16 avril l'état général est bon. La malade n'a pas souffert de nouveau.

Elle demande à sortir.

OBSERVATION II

Louise G..., 42 ans, domestique.

Bonne santé antérieure. Entrée à Saint-Joseph le 2 avril 1895 pour un rhumatisme articulaire aigu, ayant commencé il y a 8 jours, par les hanches, le genou et la cheville du côté gauche ; ensuite les mains furent prises, puis les poignets et les articulations métacarpo-phalangiennes.

Les douleurs sont changeantes, quittant et envahissant successivement les articulations.

Actuellement, douleurs très vives dans les articulations des doigts de la main droite. Le poignet et le dos de la main sont œdématisés.

Plus de douleurs dans les membres inférieurs.

Les battements du cœur sont violents et précipités. On sent à la main un léger frémissement. Pas de souffle.

Urines fébriles, donnant un précipité d'urates et d'albumine.

On donne à la malade 4 grammes d'antipyrine.

Le 5 avril, la malade souffre moins. Le gonflement du poignet et du dos de la main droite persiste.

Pas de bruit anormal au cœur.

Le 6 avril le gonflement du poignet droit a disparu. La douleur disparaît.

L'amélioration continue.

Le 14 avril, la malade va bien, mais on supprime l'antipyrine qui paraît provoquer des vomissements.

Le 20 avril, la malade, complètement guérie, quitte l'hôpital.

Rien au cœur.

Température au cours du rhumatisme. — 3 avril, entrée le soir : 39°5.

On donne 4 grammes d'antipyrine.

4 avril	matin : 38°2	soir	37°9
5 »	» 38°1	»	38°3
6 »	» 37°6	»	38°
7 »	» 37°5	»	38°1
8 »	» 37°5	»	38°
9 »	» 37°4	»	38°
10 »	» 37°6	»	37°7
11 »	» 37°5	»	37°6

OBSERVATION III

Antoinette B..., ménagère, 30 ans, entre le 24 avril 1894.

Mariée, a eu deux enfants, dont l'un est mort à 4 mois avec des convulsions. Pas de maladies antérieures.

Le 19 avril, eut pour la première fois des douleurs dans les membres inférieurs, puis dans les membres supérieurs.

Actuellement, les deux articulations tibio-tarsiennes sont douloureuses, mais non tuméfiées; il en est de même des deux poignets, surtout à gauche. Quelques douleurs aux coudes et à la nuque.

Au cœur, pas d'hypertrophie, ses battements sont réguliers. Souffle systolique de la pointe se propageant dans l'aisselle. Pas de palpitation.

Pouls normal.

La malade ne tousse pas et n'a pas d'oppression.

Langue saburrale. Perte d'appétit. Constipation. Urines sans albumine. Température 38°.

On donne 6 grammes d'antipyrine par jour.

Le 30 avril, les douleurs ont complètement disparu depuis hier.

Eruption rubéolique sur la face avec localisation prédominante sur les genoux et sur les coudes, provenant de l'antipyrine.

On supprime l'antipyrine.

Le 1^{er} mai, les douleurs ont reparu dans les articulations tibio-tarsiennes et les deux poignets.

On redonne 6 grammes d'antipyrine.

Le 6 mai, les douleurs sont moindres. Elles persistent surtout dans les articulations métacarpo-phalangiennes. Au cœur, toujours souffle systolique à la pointe se propageant dans l'aisselle.

On abaisse l'antipyrine à 4 grammes par jour.

Le 10 mai, simple raideur dans les articulations des doigts. L'éruption rubéolique n'a pas reparu.

Le 25 mai, la malade sort guérie de son rhumatisme.

OBSERVATION IV

Jean B. . . , 45 ans, corroyeur, entré à St-Joseph le 31 janvier 1896.

Bonne santé habituelle, jamais de douleurs.

Attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui a débuté il y a quinze jours par le cou-de-pied gauche, pour envahir ensuite successivement les autres articulations des membres inférieurs.

Actuellement, douleur et fluxion sont localisées au poignet droit, aux articulations métacarpo-phalangiennes droites et aux articulations des phalanges et phalanges des trois derniers doigts. Toutes ces articulations sont rouges, tuméfiées et douloureuses.

Rien au cœur ; les battements sont réguliers et bien frappés.

Rien aux poumons.

L'appétit est conservé. Un peu de constipation.

Facies pâle, décoloration des conjonctives.

Urines, pas d'albumine. Température 39°.

On donne au malade un gramme d'antipyrine toutes les trois heures.

Le 1^{er} février, le malade est déjà soulagé; la température est, ce matin, normale.

Le 7, l'amélioration continue. Le malade se plaint seulement d'un peu de raideur dans les jointures.

Le 10, les douleurs et le gonflement ont presque disparu. Rien au cœur.

Le malade demande à partir.

OBSERVATION V

Joseph A..., 17 ans, cordonnier, entré le 3 février 1896.

Première atteinte de rhumatisme articulaire aigu remontant à deux jours.

Actuellement, on constate un gonflement dur, douloureux, au niveau de la face dorsale de la main, et remontant en dessus de l'articulation du poignet. Rien aux autres articulations.

Au cœur, on n'entend pas de souffle à la pointe. A la base, au moment de la systole, on perçoit un bruit râpeux, un frottement couvrant le premier bruit normal. Le second bruit est normal. Les battements se produisent brusquement: le premier bruit très court, suivi immédiatement du second.

La matité précordiale est accrue.

On donne au malade 5 grammes d'antipyrine.

Le 11 février, la sonorité précordiale est bien revenue. On constate toujours à la base et à gauche du sternum le bruit râpeux que nous considérons comme un frottement de péri-cardite sèche.

Les douleurs ont disparu.

Le poignet gauche n'est plus tuméfié.

Le 20 février, le frottement a encore diminué, mais on l'entend encore à l'origine des vaisseaux.

Le 5 mars, le malade quitte le service, absolument guéri de son rhumatisme et de sa péricardite.

OBSERVATION VI

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Jules M..., étudiant, 19 ans, entré à l'hôpital St-Joseph le 16 juin 1896.

Scarlatine il y a douze ans.

Il y a huit ans, à la suite d'un bain trop froid, première atteinte de rhumatisme articulaire aigu qui, soigné par des vésicatoires répétés et des pommades, dure trois mois.

Il y a douze jours, à la suite d'une longue promenade, le malade se sentit mal aux genoux et appliqua, sur la région douloureuse, des compresses d'eau froide.

La douleur devint plus intense et, depuis, s'est déplacée plusieurs fois; toutes les articulations ont été successivement intéressées.

A son entrée, le malade souffre surtout dans ses articulations du poignet et tibio-tarsienne, mais presque toutes les autres sont plus ou moins douloureuses.

On constate de la rougeur et du gonflement, la douleur est vive à la pression. Les petites articulations des phalanges sont prises.

La douleur rend les mouvements d'extension et de flexion impossibles.

Sueurs abondantes.

Fièvre constante. Température 39° 6. Le malade dit éprouver quelques palpitations, de la dyspnée passagère et un point douloureux au niveau du cœur.

La langue est blanche. Appétit nul. Constipation constante.

Aux poumons, rien d'anormal.

Cœur rapide, 104 pulsations, régulier. La pointe bat un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. Pas de frémissement, mais souffle systolique se propageant du côté de l'aisselle. Rien à la base.

Urines colorées, chargées en urates ; pas d'albumine.

On institue le traitement par l'antipyrine, le 17 juin, à raison de 8 grammes par jour.

Le 18. — Le malade accuse une légère amélioration.

La rougeur, les gonflements ont un peu diminué dans les articulations du poignet et du cou-de-pied.

Les mouvements sont moins douloureux.

La température est de 38°,7.

Le cœur bat régulier avec 90 pulsations. On perçoit également le souffle systolique.

Le 19. — Le malade se montre satisfait ; il peut bouger, sans trop de douleur, la main et le pied.

L'articulation de l'épaule est absolument libre. Température : 38°,5.

Cœur : pulsations normales et régulières, soufflesystolique.

Le 20. — Rougeur et tuméfaction ont disparu ; douleur légère réveillée par la pression et les mouvements.

Température : 37°9.

Le 21. — Il ne persiste qu'un peu de raideur. On diminue l'antipyrine ; on n'en donne plus que 4 grammes par jour.

Le 30 juin. — Le malade, se sentant guéri, demande à sortir. Toutes les articulations sont libres. Un peu de raideur au poignet gauche.

Le cœur est régulier, mais on entend toujours un léger souffle systolique se propageant du côté de l'aisselle.

OBSERVATION VII

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — DEUXIÈME ATTAQUE.

Eugène R..., 42 ans, ecclésiastique. Entré à l'hôpital St-Joseph, le 24 août 1896.

Rien comme antécédents héréditaires.

Le malade, dans ses antécédents, n'accuse qu'un rhumatisme, il y a douze ans.

Il y a six semaines, à la suite d'un refroidissement, il a senti de nouvelles douleurs et successivement toutes les articulations sont prises.

Douleur, fièvre, sueurs abondantes.

Cœur : un peu plus faible mais régulier. On ne trouve pas de souffle ni à la pointe, ni à la base.

Urines : un peu d'albumine, beaucoup d'urates.

Température : 39°, 2.

Le 25 août, on donne au malade :

8 grammes d'antipyrine,

Infusion de feuilles de frêne,

Régime lacté.

Le 26 août. — Grande amélioration ; le malade peut un peu se lever, les douleurs ont disparu en grande partie, mais il ya toujours de la fièvre, des sueurs et une grande lassitude.

Température : 38°, 9.

Le 27 août. — Nouvel examen des urines, l'albumine a disparu.

Le 31 août. — Le malade a eu encore hier matin 38°5. La température se maintient à 38°7 le soir.

Malgré cela, grande amélioration, plus de douleur.

Au cœur, pas de souffle.

Urines : plus d'albumine.

On diminue l'antipyrine, 6 grammes au lieu de 8.

Le 2 septembre. — La température 38° le soir. Le malade ne souffre presque plus.

Le 4, la fièvre a disparu, le malade se lève.

Il quitte l'hôpital le 18 septembre complètement guéri. Rien au cœur.

OBERVATION VIII

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — PREMIÈRE ATTAQUE — RIEN AU CŒUR

François V..., 35 ans, verrier, entre le 26 mars 1897.

Parents morts rhumatisants. Quatre frères ou sœurs dont un atteint de rhumatisme.

Rien dans ses antécédents personnels, pas de rhumatisme antérieurement. Pas de blennorrhagie. L'examen du canal est négatif.

Il y a un mois, le malade, en tombant d'une chaise se frappe l'épaule gauche. Depuis, il a souffert de cette épaule. Au début et pendant longtemps, tout mouvement a été impossible ou très douloureux au niveau de l'articulation scapulo-humérale. Actuellement, l'épaule est déformée, plus grosse que celle du côté droit. Il ne semble pas y avoir luxation. Les mouvements ne sont plus douloureux, mais difficiles, surtout ceux d'élévation et d'abduction et s'accompagnent de craquements.

Le malade, depuis huit jours, souffre également du poignet gauche, qui est rouge, tuméfié et douloureux. La main l'avant-bras sont aussi tuméfiés et douloureux. Les gaines tendineuses paraissent intéressées, ce qui nous fait songer à la blennorrhagie, malgré notre examen absolument négatif.

La seconde articulation de l'annulaire droit est aussi tuméfiée, rouge et douloureuse. La flexion se fait assez bien, mais l'extension complète est impossible.

Les autres articulations sont saines ; on perçoit cependant de légers craquements dans l'articulation scapulo-humérale droite.

Rien d'anormal au cœur ni au poumon.

Pas de température.

Urines sans sucre ni albumine.

On donne au malade, 6 grammes d'antipyrine par jour.

On ne peut signaler de changement notable jusqu'au 3 avril.

Le 3 avril, le poignet gauche est moins douloureux. La tuméfaction et la rougeur ont presque disparu.

L'annulaire droit est toujours douloureux.

Le 4, le malade se montre satisfait.

Le 7 avril, la raideur a persisté dans l'articulation scapulo-humérale gauche. Le poignet gauche n'est plus tuméfié ; la douleur a presque disparu, de même que dans l'annulaire droit.

Rien au cœur

L'amélioration continue.

Le 20 avril, le malade sort guéri, il conserve seulement de la raideur dans l'épaule gauche.

OBSERVATION IX

Marie B..., 28 ans, cuisinière, entre à l'hôpital St-Joseph, le 3 avril 1897.

Au mois de septembre dernier, la malade a eu des douleurs aux genoux et aux articulations tibio-tarsiennes qui ont duré environ trois mois.

Elle remarqua qu'à la suite elle avait des palpitations et ne pouvait plus monter facilement un escalier.

Il y a trois semaines, la malade a ressenti une douleur

vers le milieu du sternum. Douleur qui, au bout de huit jours, fit place à une douleur articulaire dans la hanche droite. Puis le genou droit et les bras furent pris.

Aujourd'hui la main droite et le genou droit sont pris, la main présente un œdème dur, tendu. Le genou est également volumineux, blanc; la malade ne peut étendre la jambe.

Rien au cœur. Température 38°9. On donne 6 grammes d'antipyrine par jour.

Le 5 avril, la fièvre est tombée.

Les douleurs sont moindres.

Le 10 avril, tout gonflement a disparu. Il persiste de la raideur articulaire, la malade peut bouger les jambes et la main.

Rien au cœur.

Le 11 avril, plus de gonflement ni de douleur articulaire.

Un peu de raideur seulement.

On supprime l'antipyrine.

Sortie le 23 avril, la malade va bien, plus de douleurs. Rien au cœur.

OBSERVATION X

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — TROISIÈME RECHUTE

Joseph T..., 17 ans, sculpteur, entre à l'hôpital St-Joseph, le 2 juillet 1897.

Pas d'antécédents héréditaires.

Le malade a eu, il y a deux ans, une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui avait envahi toutes les articulations. Cette attaque a duré un mois.

Il y a huit jours, à la suite d'excès de fatigue, le malade éprouva une lassitude générale, de la fièvre, une douleur vive à la jambe gauche, au genou et au pied. Puis la jambe

droite fut prise. Les deux membres inférieurs étaient enflés.

Actuellement les articulations du genou et du cou-de-pied aux deux membres inférieurs sont le siège de rougeurs. Tuméfaction et douleurs vives qu'exaspèrent les mouvements.

Le bras gauche est pris aussi, les articulations du coude et de l'épaule sont douloureuses.

Rien aux poumons.

Au cœur, les battements sont réguliers. On entend un claquement bien net des valvules, mais sans souffle.

Température 38°4.

Le 3 juillet, on donne au malade 6 grammes d'antipyrine par jour.

La pointe du cœur bat un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. Pas de bruit anormal.

Le 4, les douleurs sont moins vives, le gonflement et la rougeur disparaissent.

Température 37°9.

Le 5, le malade bouge lui-même ses membres inférieurs et son bras gauche.

Au cœur, pas de bruit anormal.

Le 7, le malade veut se lever.

Le 12, il quitta l'hôpital, absolument guéri.

OBSERVATION XI

RHUMATISME AIGU. 2^e ATTAQUE. — INSUFFISANCE
ET RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

Joanny G..., 30 ans, charron, entré à l'hôpital St-Joseph le 16 mars 1898.

Père mort rhumatisant.

Mère atteinte de maladie de cœur.

Frère vivant et en bonne santé.

Pas de maladies dans l'enfance.

Fit 3 ans de service militaire, mais, 3 mois après son incorporation, il eut une première attaque de rhumatisme attribuée aux exercices militaires faits dans la neige. Toutes les articulations furent envahies, il resta au lit pendant un mois et à l'hôpital pendant 2 mois.

Pas d'autres affections.

Entré à l'hôpital pour nouvelle atteinte de rhumatisme ayant débuté, il y a 2 mois, par le genou droit, puis rapidement envahi toutes les articulations.

Au début l'impotence a été absolue. Le malade a dû garder constamment le lit.

Actuellement les douleurs ont diminué ; elles sont surtout marquées aux genoux, aux épaules et au poignet gauche.

Pas d'œdème ni rougeur, mais mouvements douloureux et peu étendus.

Pas de craquements articulaires.

L'état général est bon, l'appétit conservé, digestions excellentes.

Rien aux poumons.

Au cœur, on voit très nettement battre la pointe dans le 6^e espace sur la ligne mamelonnaire, à trois travers de doigt au-dessous.

Rien d'anormal à la palpation.

A l'auscultation, souffle systolique intense s'entendant sur toute la région précordiale, mais avec maximum à la pointe, se propage dans l'aisselle mais non dans le dos.

Pas de dédoublement du 2^e bruit.

Pouls 96.

Température 37°5.

Urines : pas d'albumine.

On donne au malade 6 grammes d'antipyrine.

Le 17 mars. — Les douleurs n'ont pas varié ; au cœur même souffle systolique, impulsion énergique de la pointe dans le 6^e espace.

Le pouls régulier, et assez fort, fait faire des réserves sur le diagnostic d'insuffisance mitrale.

Le 17 mars. — Le malade souffre moins. On constate au cœur un dédoublement du 2^e bruit avec roulement présystolique.

Le rétrécissement mitral est certain.

Le 21 mars. — Les douleurs se sont améliorées. Les genoux sont indolores, mais les épaules restent légèrement prises.

Le 23 mars. — Le malade ne souffre presque plus ; battements toujours très marqués dans deux espaces. Pas de frémissement.

Souffle rude, commençant avant la systole, la couvrant tout entière, avec dédoublement du 2^e bruit.

Le 1^{er} avril. — Le malade sort, son rhumatisme est guéri. Au cœur, persistance du souffle systolique et dédoublement du 2^e bruit.

OBSERVATION XII

Marie-Joséphine B..., 15 ans 1/2, couturière, entrée le 16 août 1898.

Il y a 3 semaines, bronchite aiguë pendant 8 jours, avec état syncopal, frissons. Apparition des douleurs dans l'épaule gauche, puis cheville gauche. La douleur de l'épaule gauche cède à un vésicatoire. Il y a 3 jours les douleurs ont reparu dans le genou droit et la main droite.

Actuellement, la peau est chaude et moite. Douleur très vive dans les articulations du médius droit, du genou droit qui est tuméfié. Les culs-de-sac synoviaux sont gonflés et tendus.

Rien d'anormal au cœur.

Urines : pas d'albumine.

Antipyrine 6 grammes par jour.

Le 17 août. — La température est redevenue normale. Les douleurs ont déjà diminué notablement.

Le 23 août. — Les douleurs ont disparu partout, sauf au médius droit où l'articulation de la 1^{re} et 2^e phalanges est tuméfiée rouge et douloureuse.

Le 27 août. — La malade ne se plaint que de raideur du médius droit.

Le 4 septembre. — Départ, simple raideur du médius droit, l'état général est excellent, rien d'anormal au cœur.

OBSERVATION XIII

Firmin B..., 25 ans, cultivateur, entre à St-Joseph le 17 avril 1898.

Il y a 4 mois il commença, à la suite d'un refroidissement, à souffrir du genou gauche. Il resta 13 jours à l'hôpital de Trévoux, et en sortit bien amélioré. Au bout de 6 à 8 jours, les douleurs revinrent dans le genou droit et ne l'ont point quitté depuis ce jour.

Actuellement le genou droit est tuméfié et douloureux. Douleur vive au niveau des tendons de la patte d'oie.

La marche ne peut s'effectuer qu'avec un bâton. L'épaule gauche est douloureuse depuis 4 mois, mais non tuméfiée.

Rien d'anormal au cœur.

Urine sans albumine.

Température normale.

On donne au malade 4 grammes d'antipyrine.

Le 24 avril, douleur et tuméfaction du genou droit ont disparu.

Le malade peut marcher, l'épaule seule est un peu douloureuse et raide.

Le 29, on suspend l'antipyrine pour étudier la sécrétion urinaire.

On reprend ensuite l'antipyrine pendant sept jours, du 7 au 1^{er} mai.

On constate.

Période sans antipyrine, moyenne de sept jours :

Quantité d'urine.....	1600
Densité.....	1018
Urée totale.....	16 gr. 60
Albumine.....	0

Période de 7 jours avec 8 grammes d'antipyrine moyenne.

Quantité d'urine.....	1500
Densité.....	1019
Urée.....	16 gr. 10
Albumine.....	0

OBSERVATION XV

Jean V..., cocher de fiacre, 45 ans, entré à St-Joseph le 7 mai 1898.

Fluxion assez intense du poignet gauche. Douleurs diffuses dans les deux membres inférieurs, sans gonflement.

Rien au cœur.

Température 39°5.

On donne 6 grammes d'antipyrine.

Le 11 mai apyrexie, depuis le 8 mai les douleurs ont disparu.

Le 17 mai, sort complètement guéri ; rien d'anormal au cœur.

OBSERVATION XV

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Maurice D. . . , 27 ans, employé, entre le 26 septembre 1898.
Fièvre typhoïde à 12 ans.

La maladie actuelle remonte à 8 jours. Début très aigu, par douleur et gonflement dans le cou-de-pied gauche.

Après le cou de pied le genou droit fut pris, puis les douleurs se répandirent dans les flancs et les reins.

Actuellement, le gonflement ne persiste qu'au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite où les méplats articulaires ont complètement disparu.

Le genou droit et les deux épaules sont très douloureux, les mouvements presque impossibles, sans qu'il y ait cependant de gonflement appréciable. Le malade, étendu sur le dos, se refuse à toute espèce de mouvement. L'exploration du poumon est, de ce fait, impossible.

Au cœur, le premier bruit est sourd à la pointe ; pas de souffle.

Traitement par le salicylate de soude, 5 grammes par jour.

L'observation, malheureusement incomplète, ne donne pas le résultat du traitement. Le malade sort le 1^{er} novembre, après un séjour de 35 jours à l'hôpital.

Le 16 juin, le malade entre de nouveau pour une nouvelle atteinte de rhumatisme. Il souffre depuis une douzaine de jours sans amélioration. Toutes les articulations sont prises : coudes, poignets, genoux, cou-de-pied, nuque, phalanges, etc.

Température à l'entrée : 38°5 ; ce matin : 38°2.

Au cœur, premier bruit très sourd ; le deuxième est un peu éclatant.

On donne au malade 6 grammes d'antipyrine.

Le 17, les douleurs ne se sont pas calmées.

Température : 38°1.

Le 18, le malade avait une légère amélioration. Température : 38°.

Le 19, soulagement notable, la fièvre disparaît en même temps que la douleur.

Le 21 juin, le malade peut bouger librement. Il se plaint seulement de raideur dans les articulations. On l'envoie aux bains sulfureux.

Le malade sort le 30 complètement guéri.

Température :

16 juin	entrée	soir :	38°6
17 »	matin : 33°2	»	38°2
18 »	» 38°3	»	38°
19 »	» 37°	»	37°6
20 »	» 37°	»	37°5
21 »	» 36°9	»	37°4
22 »	» 36°8	»	37°5
23 »	» 36°8	»	37°
24 »	» 36°8	»	37°
25 »	» 36°9	»	37°4
26 »	» 36°9	»	37°4
27 »	» 37°	»	37°5
28 »	» 36°9	»	37°4
29 »	» 36°9	»	37°4

OBSERVATION XVI

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — PREMIÈRE ATTAQUE. —

INSUFFISANCE ET RÉTRÉCISSEMENT MITRAL.

Louise E..., 36 ans, repasseuse, entrée à l'hôpital, le 5 janvier 1899.

Première attaque de rhumatisme il y a un an et demi, qui nécessite un séjour de trois semaines à St-Pothin.

Le 30 décembre, nouvelle attaque de rhumatisme occupant toutes les articulations, mais sans fluxion bien intense.

Actuellement l'affection semble décroître. Les douleurs siègent surtout aux membres inférieurs; la marche est impossible, les moindres mouvements réveillent de la douleur. Nulle part gonflement articulaire.

Le cœur est hypertrophié, la pointe bat dans le 5^e espace au-dessous du mamelon; les battements sont précipités et tumultueux, il semble y avoir à la pointe un roulement systolique ou présystolique, on ne peut l'affirmer à cause de l'arythmie.

Le pouls est petit, irrégulier, intermittent.

Aux poumons quelques râles ronflants disséminés, craquements humides au sommet gauche et en arrière. Toux fréquente, expectoration muqueuse. Forte oppression.

Perte d'appétit, mais pas de vomissement ni de diarrhée.

Amaigrissement notable.

Pas de sueurs nocturnes.

Urines : pas d'albumine.

Température : 39°1.

On donne l'antipyrine.

11 janvier. — Depuis avant-hier les douleurs ont disparu. La température, qui était de 37°, est tombée, le 9, à 36°8.

L'examen du cœur, maintenant ralenti, est plus facile.

Léger frémissement présystolique.

Roulement présystolique qui commence immédiatement après le deuxième claquement et va en augmentant jusqu'au moment du choc.

Le choc de la pointe s'accompagne d'un premier bruit énergique sans souffle. Puis vient un dédoublement du deuxième bruit extrêmement net. Le point maximum est le milieu entre la pointe et l'orifice pulmonaire.

Pouls régulier.

Le 1^{er} février la malade est remise absolument de son rhumatisme et demande à sortir.

Elle présente toujours les mêmes signes de retrécissement mitral.

Température :

5 janvier, entrée; soir, 39°2.

Antipyrine

6 janvier	matin : 38°4	soir	39°
7 »	» 38°2	»	39°
8 »	» 37°6	»	37°9
9 »	» 36°9	»	37°5
10 »	» 37°	»	37°5
11 »	» 37°	»	37°4
12 »	» 37°2	»	37°5
13 »	» 37°2	»	37°4

OBSERVATION XVII

Jean P..., 27 ans, garçon boulanger, entré à St-Augustin le 19 mars 1899.

Père et mère bien portants, 1 frère et 2 sœurs bien portants.

Pas de maladie antérieure.

Alcoolisme (3 litres de vin et 2 petits verres par jour).

Première attaque de rhumatisme articulaire aigu, il y a 18 mois, étant au service militaire.

Le rhumatisme actuel a débuté, il y a un mois, par une douleur avec gonflement du poignet droit, puis les deux chevilles se prennent à leur tour ainsi que l'épaule droite. Enfin, il y a six jours, douleur et tuméfaction des deux genoux et du cou-de-pied droit; le malade est obligé de s'aliter et garde constamment le lit depuis deux jours.

Actuellement le malade souffre surtout dans les deux genoux et l'articulation tibio-tarsienne droite.

Le genou droit surtout est volumineux, immobilisé en fluxion légère. Les culs-de-sac, distendus, sont fluctuents. Douleur à la pression limitée à l'interligne articulaire.

Au cœur, les battements sont forts. A la pointe, le premier bruit est vibrant, un peu prolongé, mais sans souffle,

Rien d'anormal aux poumons.

Pas de température.

Urines, pas d'albuminurie.

On donne au malade 3 grammes d'antipyrine par jour.

Le 23 mars. — Les douleurs ont disparu, l'hydarthrose du genou droit diminue.

Le 25. — La flexion du genou droit ne réveille pas de douleur, la tuméfaction a presque disparu.

Le 27. — Le malade demande à se lever, il va bien. Rien d'anormal au cœur.

Le 30 mars. — Départ, complètement guéri.

OBSERVATION XVIII

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — ARTHRITE CONSÉCUTIVE. —
DESTRUCTION DES CARTILAGES.

Françoise B. . , 46 ans, ménagère, entrée à St-Joseph, le 20 mars 1899.

A 18 ans, rhumatisme ayant envahi à peu près toutes les articulations. Guérison au bout d'un mois sans aucune complication.

Vers le 20 février, la malade commença à souffrir dans le genou droit, le lendemain dans le membre supérieur droit, puis du côté gauche.

Actuellement le malade ne peut faire aucun mouvement. Les articulations des index avec les métacarpiens sont volumineuses.

Au cœur, rien d'anormal.

On donne à la malade 1 gramme d'antipyrine toutes les 3 heures.

Le 23 mars. — La malade va mieux, elle peut faire des mouvements. Les articulations de l'index et des métacarpiens sont toujours volumineuses et rouges.

Le 25 mars. — La malade peut bouger sans douleur trop vive.

Le 28 mars. — Elle sort très améliorée. Les douleurs ont disparu, sauf à la deuxième articulation métacarpo-phalangienne de la main droite, où subsiste une arthrite véritable. On fait frotter les surfaces osseuses les unes contre les autres, les cartilages sont évidemment détruits.

OBSERVATION XIX

Jean E..., 19 ans, manœuvre, entre à St-Augustin, le 8 avril 1899.

Pas de rhumatisme chez ses parents. Le malade a eu la fièvre thyphoïde à 18 ans, qui dura 2 mois 1/2.

Pas de blennorrhagie.

Le 6 avril, le malade fut pris de frissons et de douleurs au niveau de toutes les articulations des deux pieds, dans le genou droit, puis dans le poignet droit. Les douleurs étaient très vives, accompagnées de gonflement, sans rougeur.

Le malade fut obligé de s'aliter et se fit transporter à l'hôpital.

Actuellement les deux articulations tibio-tarsiennes, le poignet et le genou droit sont le sujet d'une vive douleur et d'une tuméfaction variable. Le malade ne peut faire aucun mouvement sans éveiller la douleur.

Rien d'anormal au cœur.

Température : 38°9.

On laisse le malade un jour sans traitement, afin de recueillir ses urines.

Le 9 mai : même état.

Température : 38°7.

Urines : quantité par 24 heures, 1.500 gram.

Densité : 10°, 15.

Urée : 20 grammes par litre.

» 30 grammes par jour.

Pas de sucre, ni albumine.

On donne au malade 4 grammes d'antipyrine.

Le 10 mai. — Les douleurs sont calmées le jour même. Bon état général. Appétit conservé. Le malade boit deux litres par jour.

Température : 37°8.

Urines : quantité par 24 heures, 1.800.

Densité : 1.020.

Urée : par litre, 15 grammes.

» par jour, 27 grammes.

Le 11 mai. — Les douleurs ont presque totalement disparu.

Température normale.

Urines : quantité par 24 heures, 1.600.

Densité : 1.020.

Urée : par litre, 15 grammes.

Le 12 mai. — Le malade peut se lever ; il est très satisfait du traitement.

Urines : quantité, 2.000 gr.

Densité : 1.015,

Urée : par litre, 19 gram.

Le 13 mai : urines : quantité, 1.700 gram.

Densité : 1.018.

Urée : par litre, 18 gram.

Le 16 mai : urines : quantité, 1.900.

Densité : 1.020.

Urée : par litre, 17 gram.

Le malade allant bien, on supprime l'antipyrine.

Le 17 mai : urine : quantité, 1.600.

Densité : 1.023.

Urée : par litre, 17 gram.

Le 18 mai : urines : quantité, 1.300.

Densité : 1.022.

Urée : par litre, 18 gram.

Le 20 mai. — Le malade, sur le point de partir, reprend une nouvelle attaque de rhumatisme.

Les douleurs sont localisées au pied droit; elles ont une telle violence que le malade ne peut faire le moindre mouvement, ni supporter le moindre contact.

Urines : quantité, 1.500.

Densité : 1.018.

Urée : par litre, 15 gram.

Au cœur, rien à la palpation.

Auscultation : double souffle systolique et diastolique.

On redonne au malade 4 grammes d'antipyrine.

Le 21. — Les douleurs du pied droit sont complètement calmées, à tel point que le malade demande à se lever.

La quantité d'urine remonte à 2.000 gram.

Densité : 1.016.

Urée : par litre, 15 gram.

Le 23. — Les urines augmentent de quantité, en conservant leur coloration normale.

Le 28 mai, le malade demande à sortir. Il va bien. Le cœur est régulier. Le souffle diastolique a disparu. Il ne persiste qu'un léger souffle systolique.

OBSERVATION XX

Louis L..., 17 ans, entre à St-Augustin le 17 avril 1899.

Le malade a un frère et une sœur rhumatisants.

Lui-même, étant jeune, a eu plusieurs angines.

Il y a trois semaines il ressentit des douleurs articulaires aiguës dans les genoux, les cous-de-pied, les épaules et la colonne vertébrale. Le malade dut garder le lit pendant dix jours. Les articulations étaient le siège d'un gonflement assez marqué. Les douleurs se sont atténuées et, actuellement, le malade peut exécuter des mouvements sans trop souffrir. Il n'y a plus trace de gonflement articulaire.

Le malade est amaigri et anémique, il ne tousse pas ; rien de pathologique aux poumons.

Au cœur la pointe bat assez énergiquement dans le 4^e espace en dedans de la ligne mamelonnaire.

Il existe très nettement une dépression des espaces intercostaux au moment de la systole.

On entend, à la pointe, un souffle systolique se propageant dans l'aisselle, on l'entend aussi dans l'appendice xyphoïde. Il se perçoit avec une intensité décroissante dans toute la région précordiale et à la base devient beaucoup moins intense. Son maximum paraît être à la pointe et un peu en dedans d'elle.

Pas de frémissement cataire.

Le souffle se propage dans les vaisseaux carotidiens.

Le rythme est régulier.

Pouls : 86.

Pas de fièvre ni d'albumine.

Le malade n'a pas présenté de symptômes fonctionnels cardiaques antérieurs à sa lésion rhumatismale. Il n'était pas oppressé et menait avec facilité la vie habituelle des jeunes gens de son âge.

On donne au malade 2 gram. d'antipyrine par jour.

Le 23 avril, les douleurs ont complètement cédé.

Le malade se plaint du mal de gorge dont il souffre depuis deux jours. On constate, en effet une angine pultacée, assez intense.

Le 25 avril. — On constate une éruption rouge composée de macules plus ou moins confluentes qui existent aux coudes, aux genoux, aux plantes des pieds, à la main, aux épaules, à la hanche, au niveau des principales articulations.

Le 26 avril. — Cette éruption s'est élargie, elle est composée de larges plaques rouge foncé dont quelques-unes présentent une légère surélévure analogue, à celle de l'érythème noueux. A certains endroits, macules discrètes non réunies en plaques et donnant l'aspect d'une éruption de rougeole. Cet aspect est surtout frappant à la face (front et joues).

Urines: quantité pour 24 heures 1.500.

Pas d'albumine.

Au cœur la pointe bat dans le 5^e espace, un peu en dedans du mamelon. Toujours dépression systolique des espaces intercostaux.

A l'auscultation, le souffle précédemment constaté a beaucoup diminué. On entend actuellement un léger bruit systolique dont le maximum est au niveau et à 2 cent. en dedans du mamelon. La pression sur la paroi précordiale fait diminuer notablement ce bruit. Le bruit est modifié aussi par l'inspiration et l'expiration forcée. Dans la position assise il disparaît complètement.

On supprime l'antipyrine.

Le 28 avril. — L'érythème produit par l'antipyrine a disparu.

Le malade ne souffre pas.

Le 10 mai il quitte l'hôpital absolument guéri.

On n'entend plus au cœur aucun bruit anormal.

OBSERVATION XXI

Céleste G. . . , 49 ans, entrée le 4 mai 1899. Pas de maladie antérieure.

Bonne santé habituelle. Jamais de rhumatisme.

L'affection actuelle remonte à une huitaine de jours. La malade, qui s'était grippée, prit froid en faisant une promenade. Elle eut des frissons sans point de côté et se mit à tousser. Elle put néanmoins continuer son travail deux jours, mais dut s'aliter le mercredi, 3 mai. Ses jambes ne pouvaient la porter. Douleur assez vive au niveau des orteils. En même temps vomissements presque continuels. Le lendemain douleur dans l'épaule droite et dans le poignet droit.

La malade entre donc pour ses vomissements et ses douleurs.

La malade vomit tout ce qu'elle prend, surtout le lait. Pas de coliques. Douleurs localisées au niveau du poignet droit qui sont rouges et douloureux.

La tuméfaction s'étend sur la face dorsale de la main pour gagner la paume des doigts. Les mouvements de flexion et d'extension sont très douloureux. Les deux genoux et les gros orteils sont aussi le siège de douleurs.

Poumons : légère dyspnée, pas de point de côté, pas de matité.

La respiration, à la base droite et dans la fosse sous-épineuse droite semble plus rude. Pas de râles, ni souffle.

Rien d'anormal au cœur.

Langue saburrale.

Urines sédimenteuse uratiques, sans albumine.

Température : 38°9

On donne 8 grammes d'antipyrine et du champagne.

Le 6 mai la tuméfaction du poignet droit est moins marquée.

La température est de 37°6, ce matin.

Les genoux sont moins douloureux.

Le 8 mai, le malade n'a pas vomi hier, le poignet droit, seul, reste un peu tuméfié et douloureux.

Rien d'anormal au cœur.

Le 9 mai. — Les douleurs ont presque disparu. Mais la malade a vomi hier et ce matin.

On supprime l'antipyrine.

Le 10. — Même état, la malade boit du champagne sans le vomir.

Le 12. — Réapparition de douleurs dans le poignet, dans le genou et dans les épaules.

Le 23. — Le poignet droit est rouge et tuméfié ; même état général qu'à l'entrée.

On redonne 6 grammes d'antipyrine,

Le 14. — Température tombe légèrement.

Le 17. — La malade se sent mieux, la température est normale le matin. Les douleurs diminuent.

Le 20. — Les bruits du cœur sont saccadés, la matité précordiale est augmentée, la malade se plaint de dyspnée et de point de côté.

On fait appliquer sur la région du cœur des pointes de feu.

Le 22. — La matité précordiale a diminué. On entend un bruit râpeux de cuir neuf.

Le 24. — Amélioration notable. La malade supporte son antipyrine à dose de 4 grammes par jour. Les douleurs ont disparu. Il persiste une légère dyspnée avec un bruit de frottement au premier temps de la révolution cardiaque.

Le 26. — La malade demande à partir.
Température.

4 mai 1899 entrée. — Soir 38°9.

On donne antipyrine 8 grammes.

5 mai	matin : 38°6	soir : 38°3
6 »	» 37°6	» 38°1
7 »	» 38°	» 37°4
8 »	» 37°3	» 37°5
9	suppression de l'antipyrine.	
	matin : 36°9	soir : 37°2
10 mai	» 37°3	» 37°3
11 »	» 37°	» 37°6
12 »	» 37°3	» 37°7
13 »	» 37°4	» 38°1
14 »	» 38°2	» 38°8

Antipyrine 6 grammes.

15 mai	matin : 37°7	soir : 38°4
16 »	» 37°6	» 38°6
17 »	» 37°2	» 38°1
18 »	» 37°4	» 38°
19 »	» 37°3	» 37°4
20 »	» 37°4	» 37°7
21 »	» 37°8	» 38°
22 »	» 37°4	» 37°9
23 »	» 36°9	» 37°7
24 »	» 37°	» 37°7
25 »	» 37°1	» 37°5
26 »	» 37°5	» 37°

OBSERVATION XXII

Joseph V..., forgeron, 24 ans, entre à St-Augustin le 14 mai 1899.

Père en bonne santé. Mère morte à 32 ans d'un refroidissement. Une frère en bonne santé; 6 frères ou sœurs morts, petits, de maladie inconnue.

Pas de maladie vénérienne. Il boit 2 à 3 litres de vin par jour, pas de liqueurs.

Pas de rhumatisme, pas d'impaludisme, jamais aucune maladie.

Il y a quinze jours, le malade a ressenti des douleurs très vives dans la main droite, puis dans le coude et l'épaule du même côté. Puis les douleurs ont envahi les autres articulations, passant successivement de l'une à l'autre.

Actuellement il souffre dans les deux cous-de-pied, les deux genoux et dans le coude gauche, la douleur est très vive; il y a un peu de rougeur et de chaleur, mais pas de gonflement.

Il a des sueurs abondantes.

La langue est saburrale.

Pas d'oppression.

Il ne tousse pas, rien aux poumons.

Les battements du cœur sont réguliers, les chocs bien perçus, rien à noter à l'auscultation.

Urines : pas d'albumine.

On donne au malade 4 grammes d'antipyrine.

Le 16 mai, les douleurs disparaissent complètement au bout de deux jours, mais il reste un peu d'engourdissement au niveau des jointures, surtout des genoux.

Le 18 mai, le malade se lève et se sent très bien.

Des sueurs abondantes se sont produites pendant les quatre ou cinq premiers jours. Le 1^{er} juin le malade guéri sort du service.

Le cœur ne présente aucun souffle organique, mais le premier bruit est difficilement perçu. Le deuxième bruit est bref, net, parcheminé.

Le pouls est régulier.

Le 21, quantité des urines	1.350
Densité.....	1.010
Urée par jour.....	16
Le 22, quantité des urines	1.350
Densité.....	1.010
Urée par jour.	14

Le 23, quantité des urines	2.200
Densité.....	1.012
Urée par jour.....	22
Le 24, quantité des urines	2.200
Densité.....	1.014
Urée par jour.....	22
Le 25, quantité des urines.....	2.200
Densité.....	1.012
Urée par jour.....	22
Le 26, quantité des urines.....	1.700
Densité.....	1.010
Urée par jour.....	19
Le 27, quantité des urines.....	2.300
Densité.....	1.012
Urée par jour.....	18
Le 28, quantité des urines	2.600
Densité.....	1.012
Urée par jour	21
Le 29, quantité des urines	2.500
Densité.....	1.012
Urée par jour.....	20
Le 30, quantité des urines.....	3.000
Densité.....	1.010
Urée par jour	15

ETUDE DE LA SÉCRÉTION URINAIRE.

Le 15, à l'entrée, pas d'antipyrine.	
Quantité d'urine par 24 heures.....	1550
Densité.....	1020
Urée par jour.....	23
Le 16, 4 grammes d'antipyrine.	
Quantité des urines par 24 heures.....	650
Densité	1025
Urée par jour.....	21

Le 17, les douleurs ont bien diminué.	
Quantité des urines.....	1150
Densité.....	1022
Urée par jour.....	30
Le 18, les douleurs ont disparu.	
Quantité des urines.....	1150
Densité.....	1022
Urée par jour.....	16
Le 19, quantité des urines.....	900
Densité.....	1009
Urée par jour.....	20
Le 20, quantité des urines.....	1000
Densité.....	1013
Urée par jour.....	18

OBSERVATION XXIII

Emile L..., 18 ans 1/2, entre à St-Joseph le 15 mai 1899.

Première attaque de rhumatisme à 10 ans qui, débutant par l'articulation coxo-fémorale, prit ensuite toutes les articulations. Guérison au bout d'un mois et demi.

Le 30 mai dernier, ayant contracté la grippe, une nouvelle atteinte de rhumatisme se réveille dix jours après. Toutes les articulations furent prises, mais les poignets surtout furent le siège de douleur et de tuméfaction.

Le malade a remarqué la très grande mobilité des fluxions articulaires qui, en 24 heures, quittent et gagnent une autre articulation.

A l'entrée, les articulations coxo-fémorales et les poignets sont le siège de douleur.

Rien aux poumons.

Le cœur bat dans le 5^e espace de la ligne mamelonnaire.

Les battements auriculaires sont appréciables.

Pas de frémissement.

Température :

14 mai, entrée. — Soir : 38°7.

TRAITEMENT PAR L'ANTIPYRINE.

15 mai,	matin,	37°2	soir,	37°7
16 »	»	37°2	»	37°5
17 »	»	36°9	»	37°4
18 »	»	37°	»	37°4
19 »	»	36°9	»	37°4
20 »	»	36°9	»	37°6
21 »	»	37°	»	37°4

A la pointe souffle systolique un peu râpeux, se propageant peu. Tendance au dédoublement dans ce bruit.

Température 38°6.

Urines : pas d'albumine.

On donne au malade 8 grammes d'antipyrine.

Le 16 mai, le malade souffre toujours dans ses articulations coxo-fémorales et du poignet. Le souffle systolique a un timbre moins râpeux.

Le 18, les douleurs ont diminué sensiblement.

Le 20, le malade n'a presque plus de douleur.

Les battements des espaces supérieurs à la pointe ont disparu; celle-ci bat dans le 5^e espace sur la ligne mamelonnaire. Premier bruit, un peu sourd, s'accompagne d'un souffle bien moins râpeux qu'à l'entrée sans dédoublement du 2^e bruit.

Le 22, les douleurs ont disparu.

On abaisse l'antipyrine à 4 grammes par jour.

Le 26, le malade demande à sortir. Va bien au point de vue de ses douleurs.

OBSERVATION XXIV

Marie M..., 26 ans, domestique, entrée à la salle Bénédicte Teissier le 29 juillet 1899.

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement. Pertes blanches très légères ; pas de douleurs en urinant.

A 18 ans, rhumatisme qui prit les quatre membres et dura près de deux mois. Depuis, elle a eu quelques douleurs légères et passagères dans les jointures. Elle n'a pas eu d'œdème des jambes, jamais d'oppression, pas ou très peu de battements de cœur.

Les douleurs rhumatismales ont reparu au début de juillet ; le poignet gauche fut pris le premier, puis le coude et l'épaule du même côté. Les douleurs ont ensuite envahi les autres jointures.

Actuellement, la malade souffre principalement dans les deux cous-de-pieds qui sont légèrement tuméfiés. Douleur légère également dans l'épaule gauche. La malade n'accuse pas d'autres symptômes.

Pas de trouble digestif.

Elle ne tousse pas. Rien d'anormal aux poumons.

Au cœur, pas de palpitations. La pointe bat dans le cinquième espace, un peu en dehors du mamelon.

Le choc est vigoureux.

A l'auscultation on a, dans toute la région précordiale, un premier bruit anormal ayant un peu les caractères d'un galop. De plus on a, à la partie moyenne du sternum, un souffle diastolique doux, moelleux, aspiratif.

Pouls régulier, un peu bondissant.

Pouls capillaire.

Pas de Duroziez.

Pas de battements carotidiens.

Urines : pas d'albumine.

Température normale.

On donne 5 grammes d'antipyrine.

Le 31 juillet. Les douleurs ont bien diminué.

Pas de Duroziez. Au cœur, le souffle diastolique diminue beaucoup dans l'inspiration forcée.

Le 3 août, les douleurs ont disparu ; même souffle diastolique s'entendant dans le troisième espace à gauche. Léger pouls capillaire. Pas de Duroziez.

Le 10 août, la malade part, guérie de son rhumatisme, présentant, à sa sortie, la même lésion valvulaire qu'à l'entrée.

OBSERVATION XXV

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Etienne M..., concierge, entré le 26 juillet 1899, à l'hôpital St-Joseph.

Première attaque de rhumatisme aigu généralisé, à 19 ans.

Deuxième attaque au régiment, à 22 ans.

Marié à 30 ans, a trois enfants ; l'aîné se porte bien, les deux autres sont délicats. Sa femme a eu une fausse couche.

Troisième attaque il y a trois ans ; il fit un séjour de deux mois à l'hôpital de la Croix-Rousse.

Il entre à l'hôpital St-Joseph pour une quatrième attaque, ayant débuté il y a cinq ou six jours.

Il commence à souffrir au niveau du coccyx, puis au niveau des articulations des pieds, surtout du côté droit.

Les genoux furent pris ensuite, enfin toutes les articulations : poignets, épaules, cou.

Actuellement, les douleurs sont localisées surtout aux épaules, aux poignets et au genou gauche.

Les poignets et les doigts des deux mains sont seuls tuméfiés et très douloureux.

Au cœur, on remarque des traces de révulsion qu'on lui aurait faite à chaque crise de rhumatisme.

Le malade se plaint de palpitations et d'oppression.

La pointe du cœur bat au dessous du mamelon et un peu en dedans de lui dans le cinquième espace.

Le premier bruit est très sourd ; le deuxième s'entend bien normal, sans dédoublement ni souffle.

A la base, les bruits sont sourds. La matité précordiale n'est pas augmentée.

Urines, pas d'albuminurie.

La température à l'entrée est de 39°8, 39°7 le matin de la visite.

On donne au malade 6 grammes d'antipyrine.

Le 26 juillet. — Les douleurs sont sensiblement les mêmes, mais la température a une tendance à baisser à 38°6.

Les douleurs diminuent avec la température dont le tracé est absolument caractéristique.

Le 31 juillet, le malade est absolument apyrétique.

Le 7 août, le malade ne se plaint que d'une certaine raideur articulaire. Oppression et palpitation ont disparu. Au cœur, ni souffle, ni dédoublement. On ne peut noter qu'un peu de pâleur des téguments.

Le 8 août, on suspend l'antipyrine et on donne :

Théobromine..... 2 grammes.

Salicylate de soude..... 2 grammes.

L'état reste satisfaisant, le malade se lève jusqu'au 21 août où on assiste à une nouvelle attaque de rhumatisme.

Les coudes, les genoux et les poignets sont le siège d'une vive douleur. Le malade ne peut faire aucune mouvement.

Au cœur, premier bruit sourd avec un léger souffle systolique.

La température est remontée à 38°7.

On suspend théobromine et salicylate pour redonner 6 grammes d'antipyrine.

Le lendemain, 21 août, la température est devenue normale.

Les douleurs sont déjà moins vives et continuent à s'amender jusqu'au 27 août.

Le 28, le malade demande à partir. Il sort guéri, n'ayant plus qu'une simple raideur musculaire.

Au cœur, ni souffle, ni dédoublement.

Température :

24 juillet 1889, entrée — soir, 39°8

Traitement antipyrine, 6 grammes.

25 juillet	matin : 39°9	soir : 39°4
26 »	» 38°6	» 39°1
27 »	» 38°7	» 38°5
28 »	» 38°6	» 38°
29 »	» 38°2	» 37°6
30 »	» 37°2	» 37°3
31 »	» 37°	» 36°7
1 ^{er} août	» 36°8	» 37°5
2 »	» 37°6	» 37°4
3 »	» 37°4	» 37°3
4 »	» 37°4	» 37°4
5 »	» 37°3	» 37°6
6 »	» 37°4	» 37°4
7 »	» 37°1	» 37°5
8 »	» 37°1	» 37°5

On supprime l'antipyrine et on donne théobromine et salicylate.

21 août : 2^e poussée. — soir : 38°8

22 août, on redonne antipyrine, 6 grammes.

22 août	matin 37	soir : 37°5
23 »	» 36°7	» 37°2
24 »	» 37°	» 37°4
25 »	» 37°	» 37°4
26 »	» 37°	» 37°3

OBSERVATION XXVI

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Régis, M..., 24 ans, employé de commerce, entré le 7 août 1899.

Pas de graves maladies antérieures.

Depuis l'âge de 12 ans, ressent souvent des douleurs articulaires changeant facilement de place, mais ne l'obligeant pas à s'aliter.

Exempté du service militaire pour faiblesse de constitution.

Il y a trois semaines, ressent des douleurs dans les jambes pour lesquelles il ne se soigne pas. Avant-hier, les douleurs deviennent très vives et le forcent à se mettre au lit.

Actuellement, douleur surtout au genou droit et à l'épaule gauche, sans tuméfaction notable.

La douleur du genou est si vive que le moindre mouvement provoque des cris. Impossible au malade de détacher la jambe du plan du lit.

Au cœur, souffle systolique assez intense, se propageant du côté de l'aisselle.

On donne au malade 6 grammes d'antipyrine.

Le 8. — Sédation des douleurs.

Le 9. — Douleurs ont presque totalement disparu. Température : 37°1.

Les mouvements se font sans douleur.

Le 11. — Diminution de l'antipyrine qu'on porte à 5 grammes.

Le 14. — Malade va bien ; totalement apyrétique. Le cœur est calme ; le souffle systolique persiste. On abaisse l'antipyrine à 4 grammes.

Le 18. — Même état satisfaisant.

Quelques craquements articulaires. On ordonne des bains sulfureux et on donne seulement 3 grammes d'antipyrine.

Le 24. — Souffle systolique très inconstant, difficile à entendre.

Le 26. — Le malade va très bien.

Le 30. — Il demande à sortir.

Les craquements ont disparu ; le souffle systolique n'est presque plus perceptible.

Température :

7 août	entrée	soir :	39°5
8 »	matin : 37°9	»	37°9
9 »	» 37°2	»	36°8
10 »	» 36°7	»	37°2
11 »	» 36°7	»	36°7
12 »	» 36°5	»	36°7
13 »	» 36°5	»	37°
14 »	» 36°5	»	36°9
15 »	» 36°8	»	36°8
16 »	» 36°8	»	37°
17 »	» 36°8	»	37°1
18 »	» 36°9	»	37°3
19 »	» 36°9	»	37°4
20 »	» 37	»	37°3

OBSERVATION XXVII

Auguste M. . . , journalier. Entré à la salle St-Augustin, le 5 décembre 1899.

Bonne santé habituelle, ses parents ne sont pas rhumatisants.

Pas de maladie vénérienne.

Il y a un an, il eut un écrasement de l'orteil gauche qui

aurait amené, dit le malade, de l'eczéma et une phlébite l'obligeant de garder le lit une quinzaine de jours.

Il y a deux mois, le malade ressentit, pour la première fois, une douleur à l'épaule gauche qui lui empêchait tout mouvement. La douleur disparut au bout de huit jours, laissant à sa suite de la raideur articulaire et des craquements. L'épaule gauche étant guérie, la droite fut prise, puis les deux coudes, les deux genoux, et l'articulation tibio-tarsienne droite.

Actuellement, le malade se plaint de douleur dans l'articulation coxo-fémorale gauche qui est tuméfiée, très douloureuse à la pression et le siège de craquements dans les mouvements provoqués, seuls possibles.

Le genou gauche est aussi douloureux; il y a un peu d'hydarthrose, les mouvements sont très douloureux.

Quelques douleurs dans les articulations temporo-maxillaires, depuis deux ou trois jours, qui gênent le malade pour manger. Les épaules sont aussi raides et douloureuses.

Etat général : appétit diminué ; pas de céphalée très vive ; pas de constipation.

Au cœur : Bruits bien frappés, réguliers.

Température : 38°2.

Urines : Traces d'albumine.

On donne au malade 4 gr. d'antipyrine.

Le 6 décembre. — Température 38°1 le matin et 38°3 le soir.

Les douleurs sont toujours aussi vives.

Le 7. — La température tombe.

37°8 le matin.

37°4 le soir.

Le malade dit aller un peu mieux. Les mouvements sont encore impossibles ; on note toujours douleur et légère hydarthrose du genou gauche.

Le 8. — La température est normale.

37°3 le matin.

37°6 le soir.

Légère amélioration des douleurs.

Le 10. — Température : 37°2.

Le malade ne souffre plus pour manger. Il peut remuer sa jambe gauche. L'appétit revient.

Toujours rien d'anormal au cœur.

Le 12. — Température normale.

Le malade va de mieux en mieux.

Le 20. — Le malade va bien, il ne souffre plus. Seule, la pression à la partie postérieure de l'articulation du genou gauche réveille une légère douleur.

Le 25. — Le malade demande à sortir et va bien.

Rien d'anormal au cœur.

OBSERVATION XXVIII

Eugène O..., 18 ans, maçon. Entré le 23 décembre 1899.

Fièvre typhoïde à 12 ans.

Première attaque de rhumatisme à 16 ans, d'une durée d'un mois et demi.

Deuxième attaque à 17 ans, en septembre de l'année dernière, d'une durée également d'un mois et demi.

Pas d'autre maladie antérieure.

Début de l'attaque actuelle, il y a sept jours, par des douleurs lombaires le lendemain, dans les articulations des pieds. Le malade dut alors s'aliter. Les jours suivants, douleurs successivement dans le genou gauche, le pied droit, le genou droit, le coude droit et enfin l'épaule gauche.

Actuellement, ce sont les articulations des deux genoux, du coude droit et de l'épaule gauche qui sont prises. L'épaule gauche est particulièrement douloureuse et tuméfiée. Douleur très vive au mouvement et à la pression. Cette nuit,

quelques douleurs spontanées. Au cœur : les battements sont réguliers.

A l'auscultation, le premier bruit est assourdi ; petit souffle systolique à la région méso-cardiaque se propageant dans les carotides.

Souffle régulier, continu, au niveau des jugulaires.

Pas de souffle oculaire.

Le visage, toutefois, est assez coloré, ainsi que les muqueuses.

Appétit conservé. L'état général est assez bon.

Urines : pas d'albumine.

Pas de température.

Le malade avait pris de l'antipyrine la veille de son entrée.

Le souffle signalé plus haut prend, dans la station assise, un timbre de frottement.

On donne au malade 4 grammes d'antipyrine.

Le 25 décembre. — Pointes de feu à la région précordiale.

Le 28. — Le malade va beaucoup mieux de son rhumatisme, il peut facilement bouger les jambes sans trop souffrir.

A la région précordiale, souffle systolique un peu râpeux, assez superficiel, au niveau de la base du cœur, sans propagation.

Le 4 janvier. — Le malade est complètement guéri de son rhumatisme.

Au cœur : le premier bruit est sourd. Au foyer pulmonaire, souffle systolique disparaissant au moment de l'inspiration.

Le 20. — Le malade sort, se croyant absolument guéri.

On constate encore, à l'auscultation, de la base du cœur un bruit râpeux, surtout par pression du stéthoscope et dans la position couchée.

OBSERVATION XXIX

Joseph B...; 18 ans, entré à St-Augustin, le 14 février 1900.

Première attaque de rhumatisme articulaire aigu il y a deux ans, d'une durée de quatre mois, soigné par le salicylate de soude.

Pas d'autre maladie antérieure.

Pas d'alcoolisme.

Le rhumatisme actuel a débuté, il y a cinq jours, par des douleurs avec gonflement dans les chevilles. Le lendemain les deux genoux et le coude étaient pris. Le malade a dû s'aliter dès le premier jour.

Actuellement, le malade se plaint de douleurs dans les deux chevilles et les deux genoux, le poignet et l'épaule gauche. Le moindre mouvement provoque de vives douleurs dans ces articulations. A leur niveau, les téguments sont rouges et tuméfiés.

Au cœur, les battements sont réguliers et tranquilles. Pas de bruit de souffle.

Pouls régulier.

Rien aux poumons.

Foie normal.

Urines : disque d'albumine.

1^{er} février. — On donne le soir même de l'arrivée, 3 grammes d'antipyrine. La température, qui était hier soir de 39°6, est tombée à 38°2. Le malade dit aller beaucoup mieux.

16 février. — Le malade va mieux. L'albumine a disparu de l'urine. La température est, ce matin, à 37°8.

17 février. — Les douleurs ont complètement disparu, le malade demande à se lever.

18 février. — Température 37°4.

Urines : 900 gr.

Le malade est guéri et ne souffre plus.

19 février. — Urines : 1 000 gr.

Urée par litres : 22 grammes.

Pas d'albumine.

Le 20 février. — Urines : 1 200 gr. très claires.

Urée par litre : 20 grammes.

Au cœur, pas de bruit anormal, le premier bruit est seulement un peu sourd.

Le 22 février. — Urines : 1600 grammes.

Le malade va toujours très bien.

Le 23 février. — Urines : 2 litres 300.

Urée : 21 grammes par litre.

Le 24 février. — Urines : 2 litres.

Urée : 12 grammes par litre.

Le 27 février. — Urines : 600 grammes.

Le 28. — Urines : 2400 grammes.

Le 1^{er} mars. — Urines : 2400 grammes.

Urée : 13 grammes par litre.

Pas d'albumine.

Le 2 mars. — Urines : 1200 grammes.

Urée : 9 grammes par litre.

Le 3 mars. — Urines : 1900 grammes.

Urée : 9 grammes par litre.

Le 4 mars. — Le malade quitte l'hôpital absolument guéri.

OBSERVATION XXXI

Francois D..., cultivateur, 41 ans, entre à l'hôpital le 22 février 1900.

Première attaque de rhumatisme en 1883, traitée par le salicylate de soude et l'antipyrine, dura trois semaines.

Deuxième attaque, en 1894, qui dura environ un mois.

Jamais il n'eut de douleur dans la région précordiale, de

palpitation, jamais d'essoufflement même dans les plus grands efforts.

Depuis une quinzaine de jours le malade se plaignait de légères douleurs dans le pied.

Le 21 février, les douleurs devinrent très vives dans les membres inférieurs et le malade ne put se lever.

Le 22 février, les membres supérieurs furent pris et le malade entre à l'hôpital.

Actuellement. Faciès vultueux, peau couverte de sueurs abondantes d'une odeur aigrelette. Douleurs très vives dans presque toutes les articulations avec léger empâtement, mais sans rougeur ni tuméfaction véritable, le malade ne peut même pas supporter le poids des couvertures.

Au cœur : la pointe bat dans le 4^e espace intercostal, à la hauteur du mamelon.

Pas de bruit anormal.

Rien aux poumons.

Langue épaisse, saburrale, nausées fréquentes. Constipation depuis deux jours.

Urines : pas d'albumine.

Température : 38°4.

On donne au malade 4 grammes d'antipyrine.

Le 26 février, le malade est presque guéri, la température est normale.

Seule l'articulation du poignet gauche est douloureuse.

Etat général très satisfaisant, le malade demande à manger et à se lever.

Le 1^{er} mars, le malade peut se lever. Il va bien, Rien d'anormal au cœur.

Le 15 mars, il quitte le service absolument guéri. Aucune complication cardiaque.

OBSERVATION XXXII

Eugène M..., 22 ans, garçon coiffeur, sujet allemand.

Entre à la salle St-Augustin le 3 mars 1900.

Père et mère vivants et en bonne santé, mère rhumatisante.

Une sœur rhumatisante, deux frères en bonne santé. Pas d'alcoolisme.

Pas de maladie vénérienne.

Première atteinte de rhumatisme à l'âge de 6 ans ayant duré 15 jours.

Deuxième atteinte à l'âge de 10 ans ayant duré 3 semaines.

Troisième atteinte de rhumatisme polyarticulaire aigu à 14 ans 1/2. Celle-ci fut plus grave, le malade eut des troubles fonctionnels du côté du cœur et on constata une cardiopathie. Il fut soigné par le salicylate de soude.

Depuis le malade accuse de la dyspnée facile. Jamais d'œdème des membres inférieurs. Était assez sujet à s'enrhumer ; n'a jamais craché de sang, a fréquemment des palpitations.

Depuis 4 jours le malade a commencé à souffrir au niveau des hanches puis dans ses genoux. Il souffre aussi légèrement au niveau du cou-de-pied droit.

Actuellement le malade souffre surtout au niveau de ses hanches ; l'épaule droite, le genou droit sont douloureux avec un certain degré de fluxion rhumatismale. La douleur à la pression est vive, latéralement au niveau des ligaments. Douleur également au niveau du cou-de-pied droit sur les tendons extenseurs.

Au cœur la pointe bat dans le quatrième espace un peu en dedans du mamelon. Pas de frémissement cataire à la palpation.

A l'auscultation, bruits rapides réguliers ; à la pointe on note un souffle peu intense mais assez long en jet de vapeur sans propagation axillaire notable.

Pouls rapide, 120, régulier, de tension moyenne.

Rien aux poumons.

Langue saburrale.

Température : 39° le soir à l'entrée.

Urines colorées, disque d'urates et disque léger d'albumine.

Le 4, le malade n'a pas encore été traité.

La température est de 38°9, le matin, et 38°7 le soir.

Urines : quantité 600 grammes.

Densité : 1018.

Urée : 12 gr. par litre.

On donne au malade une potion avec 4 grammes d'antipyrine par jour.

Le 5 mars le, malade souffre déjà beaucoup moins.

Urines, quantité : 1000.

Urée : 11 gr. par litre.

Température : 38° le matin, 38°2 le soir.

Le 6 mars, le malade peut bouger sans douleur.

Urines, quantité : 1200 gr.

Densité : 1013.

Urée : 11 gr. par litre.

Température : 37°6 le matin et 38° le soir.

Le 7 mars, le malade va tout à fait bien. Il peut se lever sans douleur.

Urines, quantité : 1200 gr.

Densité : 1010.

Albumine : néant.

Urée : 13 gr. par litre.

Température : 37°5 le matin et 37°3 le soir.

Le 8, urines, quantité : 1800 gr.

Densité : 1010.

Pas d'albumine.

Urée : 12 gr. par litre.

Température normale.

Le 9 urines, quantité: 2300.

Densité: 1020.

Urée: 13 gr. par litre.

Température normale.

Le 10, urines, quantité: 1500.

Densité: 1018.

Urée: 12 gr. par litre.

Le malade est étonné de la rapidité de sa guérison, il demande à sortir, complètement guéri de ses douleurs. Au cœur, léger souffle systolique qu'il avait à son entrée.

OBSERVATION XXXIII

Françoise D..., cuisinière, 58 ans, entrée le 12 mars 1900.

Chlorose à 20 ans, pas d'autre maladie. Dès le commencement de mars, la malade ressentit des frissons en même temps que des douleurs articulaires débutant par le cou-de-pied, les genoux, puis les épaules et les coudes. En même temps douleur et tuméfaction.

Actuellement les bras ne présentent pas trace de douleurs, elles persistent seulement dans les jambes et sont plus marquées du côté gauche où le genou et le cou-de-pied sont tuméfiés.

Rien d'anormal au cœur.

La température est de 38°.

On donne à la malade 6 grammes d'antipyrine.

Le 14 mars. — La température est tombée à la normale 37°4. Les douleurs ont diminué, surtout la tuméfaction du pied et genou gauches.

Le 16 mars. — La tuméfaction a disparu, mais les mouvements sont encore douloureux.

Le 19 mars. — La malade peut se lever, il subsiste encore quelques douleurs.

Le 22 mars. — On abaisse l'antipyrine à la dose de 3 gr. par jour, la malade se trouvant remise. Le cœur ne présente rien d'anormal.

La malade continue à aller bien et quitte le service le 4 avril, complètement guérie.

Rien au cœur.

OBSERVATION XXXIV

Marie T. . . , 24 ans, domestique, entre à la salle B. Teissier le 15 mars 1900.

La malade n'a jamais eu de maladie antérieure. Réglée à 14 ans. Surmenée au travail, ne dormant que 5 heures par nuit, elle devient anémique, il y a un an, et eut pendant une quinzaine de jours, des troubles gastriques avec décoloration des muqueuses et du visage. Elle fut rapidement guérie par le traitement ferrugineux.

Première attaque de rhumatisme le 10 janvier ; elle entre à l'hôpital salle Ste-Marie, où on lui fait des applications de salicylate de méthyle ; elle sort le 25 février souffrant encore.

Deuxième attaque le 16 mars. Entrée à l'hôpital le 15. La malade souffre de la tête et des deux bras. Les articulations du coude sont douloureuses, tuméfiées et immobilisées en demi-flexion. Pas de douleur aux épaules, au poignet ni aux articulations des doigts. Rien aux membres inférieurs.

Le cœur bat dans le 4^e espace sur la ligne mamelonnaire. Léger souffle systolique à maximum à la pointe, et s'entendant avec une intensité décroissante jusqu'à la base. Il se propage un peu du côté de l'aisselle. Pas de souffle vasculaire dans les vaisseaux du cou.

Rien aux poumons. La langue est un peu saburrale. Il y a de la constipation habituelle.

Rien au foie, à la rate.

Température 38°2.

Urines : pas d'albumine.

Traitement par le salicylate de méthyle.

Légère amélioration, mais qui ne se maintient pas.

Le 5 avril. — La malade n'est pas encore guérie.

On supprime le salicylate de méthyle et on le remplace par l'antipyrine à la dose de 4 grammes.

La malade va rapidement mieux.

Le 10 avril. — La malade sort guérie ; toujours léger souffle systolique.

OBSERVATION XXXV

Louis P..., employé, 25 ans, entré à Saint-Joseph, le 10 avril 1900.

Le malade, soigné au régiment pour une bronchite, a toujours continué à tousser.

Il y a deux mois, le malade eut la grippe avec redoublement de la toux et vomissements alimentaires.

Le 9 avril, au soir, il ressentit quelques douleurs dans la jambe gauche. Pendant la nuit, les douleurs articulaires devinrent très violentes et le malade fut dans l'impossibilité de se mouvoir.

Actuellement, 10 avril, le malade se plaint de tous ses membres. Les douleurs sont localisées aux poignets, aux genoux, au cou-de-pied, et un peu à l'épaule gauche.

Pas de gonflement articulaire.

Rien d'anormal au cœur.

Le lendemain, mercredi, 5 gr. d'antipyrine.

Le jeudi, 12 avril, le malade peut se servir de ses membres. Les douleurs ont presque complètement disparu,

La température, qui était de 38°9 à l'entrée, le soir du 10 avril, est tombée, le lendemain, à 37° et, aujourd'hui, 13, à 36°5.

L'auscultation des poumons révèle une induration tuberculeuse des deux sommets.

Le 17 avril, le malade sort guéri de son rhumatisme.

Rien d'anormal au cœur.

OBSERVATION XXXVI

Hôtel-Dieu, salle Benedict Teissier, n° 3.

Marie D..., 32 ans, domestique, célibataire, née à Nérondes (Loire). Entrée le 25 avril 1900.

Père malade depuis très longtemps d'une affection indéterminée. Mère également malade et présentant de l'enflure des mains. La malade ne peut spécifier quelle est la nature de la maladie causale.

Un frère bien portant; une sœur atteinte d'anémie, une sœur morte à la suite de couches.

Réglée à 16 ans, d'une façon régulière pendant 2 ans; puis, à 18 ans, survint une anémie intense, s'accompagnant de palpitations, d'essoufflement au moindre effort. Dès lors, les règles devinrent très irrégulières, disparurent pendant 5 mois, pour revenir ensuite chaque fois avec quelques jours d'avance.

Rougeole à 15 ans, influenza à 25 ans.

On note, surtout, une première atteinte de rhumatisme articulaire aigu à 14 ans, qui dura 2 mois, pendant lesquels la malade garda constamment le lit, en raison de la violence et de la ténacité des douleurs.

Le 10 avril, la malade fut prise de courbature généralisée, avec fièvre, frissons très marqués, céphalée, anorexie.

Puis apparurent bientôt des phénomènes locaux, qui consistèrent en douleurs, tuméfaction et rougeur très accentuée de la main droite.

Au bout de deux jours, les douleurs passent de la main dans la région lombaire, puis, les jours suivants, touchent

toutes les articulations, deviennent spontanées, continues. La main gauche est, en ce moment, particulièrement atteinte, ainsi que le poignet. La tuméfaction est légère, sans douleur, La pression réveille une douleur très vive.

Puis, c'est le tour de l'articulation du coude, de l'épaule gauche.

Tout phénomène douloureux a disparu du côté droit.

Quant aux membres inférieurs, nous trouvons, à droite, toutes les articulations touchées de façon notable. A gauche, ce ne sont que le genou et le talon. En résumé, la malade a dû s'aliter immédiatement dès le début de son affection et a souffert beaucoup. Elle a pris, à deux ou trois reprises, de l'antipyrine en cachets, mais à faible dose et sans suite.

Au cœur : battements légèrement accélérés, brusques, hyperkinétiques. La pointe bat dans le cinquième espace, un peu en dedans de la ligne mamelonnaire. A la région mésocardiaque, très léger frottement perçu par la main.

A l'auscultation on perçoit, à la pointe, un souffle systolique en jet de vapeur se propageant vers l'aisselle et vers la région méso-cardiaque.

Au niveau des 2^e et 3^e espaces inter-costaux gauches, on entend un frottement méso-systolique très net.

Le stéthoscope, appliqué sur la veine jugulaire, révèle l'existence d'un souffle continu avec renforcement systolique.

Rien aux poumons.

Foie normal.

La malade présente une pâleur très accentuée, tous les téguments sont lisses et blancs.

Décoloration des muqueuses labiales, gingivales et conjonctivales.

Température : 38°5.

Le 21 avril. — Sous l'influence de 4 grammes d'antipyrine et d'un enveloppement ouaté, les douleurs et la tuméfaction du membre supérieur gauche ont beaucoup diminué.

Diminution également du souffle systolique de la pointe.

Le 22 avril. — La température est redevenue normale.

L'urine, de couleur foncée, contient un léger disque d'albumine.

Quantité : 700 grammes.

Densité : 1030.

Urée par jour : 19 grammes.

Le 23 avril. — Quantité d'urine : 1000 grammes.

Urée par jour : 20 grammes.

La malade va bien.

Au cœur, souffle systolique léger.

Le 24 avril. — Quantité d'urine : 900 grammes.

Urée par jour : 20 grammes.

Le 25 avril. — Quantité des urines : 1000 grammes.

Urée par jour : 15 grammes.

Le 26 avril. — Quantité des urines : 1200 grammes.

Urée par jour : 18 grammes.

Le 27 avril. — La malade ne souffre plus.

Au cœur, les battements sont réguliers. Le premier bruit est un peu ronflant.

Quantité des urines : 1300 grammes.

Urée par jour : 18 grammes.

Le 5 mai, elle quitte le service, guérie de son rhumatisme.

La quantité d'urine, pendant ces derniers jours, a été, en moyenne de 1300 grammes par jour et la dose d'urée par jour de 16 grammes.

Toute trace d'albumine a disparu.

Au cœur, on entend un léger souffle systolique à la pointe avec propagation vers l'aisselle.

OBSERVATION XXXVII

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — QUATRIÈME ATTAQUE

Antoine B..., 51 ans, commissionnaire, entre à St-Joseph, le 21 avril 1900.

Première attaque de rhumatisme en 1878, deuxième en 1889, troisième en 1893.

Le 30 mars dernier, le malade ressent de nouveau des douleurs qui prennent d'abord les pieds pour envahir les genoux et les membres supérieurs.

A cette époque, le malade entre dans le service de M. Chappet, qui le traite au salicylate.

Se sentant soulagé, il quitte l'hôpital, le 15 avril.

Le 18 avril, nouvelle apparition de douleurs aux deux poignets qui sont rouges et tuméfiés.

Il entre à l'hôpital St-Joseph, le 21 avril.

Les articulations du poignet et les coudes sont le siège de douleur vive avec rougeur et tuméfaction.

Les bruits du cœur sont un peu sourds, sans souffle, la matité cardiaque n'est pas augmentée.

La température est de 39°.

Les urines n'ont ni sucre ni albumine.

On met de suite le malade au traitement de 6 grammes d'antipyrine par jour.

Le 22 avril, la température tombe à 38° le matin et 37°8 le soir.

Les douleurs sont moins vives, la rougeur et le gonflement des poignets ont bien diminué.

Le 23 avril. — Les douleurs ont disparu, le malade se sert librement de ses mains. La température est normale, 37°5 matin et soir.

Le 24, ni fièvre, ni douleur, jusqu'au 30 avril, jour où on supprime l'antipyrine.

Le 30 avril. — Température 37° le matin; on supprime l'antipyrine.

Le soir, la température est remontée à 38°6.

Le 1^{er} avril, la température est de 37°7 le matin.

Le malade se plaint de douleurs très vives au poignet droit qui présente une tuméfaction très prononcée.

Le soir, la température est de 38°7.

On ordonne de l'antipyrine pendant la soirée.

Le 2 au matin la température retombe à 36°6, pour atteindre, le soir, 37°5. La tuméfaction du poignet droit a diminué ainsi que la douleur.

Le 5 mai. Les douleurs ont complètement cessé. La température a disparu.

On ordonne l'antipyrine à doses de 5 grammes par jour,

L'état reste satisfaisant le malade ne souffre pas. La température est normale.

Le cœur n'a ni souffle ni bruit anormal.

Le malade part le 15 mai guéri.

Température :

21 avril,	entrée	soir	39°
On donne 6 grammes d'antipyrine.			
22 avril	matin : 38°	soir :	37°8
23 »	» 37°5	»	37°5
24 »	» 37°	»	37°5
25 »	» 37°1	»	37°5
26 »	» 37°1	»	37°8
27 »	» 37°3	»	37°7
28 »	» 36°8	»	37°3
29 »	» 37°	»	37°2
On supprime l'antipyrine.			
30 avril	matin : 37°	soir :	38°6
1 ^{er} mai	» 37°7	»	38°9

Reprise de l'antipyrine, 6 grammes.

2	mai	matin : 36°8	soir : 37°5
3	»	» 37°	» 36°9
4	»	» 36°8	» 37°4

On donne 4 grammes d'antipyrine.

5	mai	matin : 36°9	soir : 37°4
6	»	» 37°	» 37°4
7	»	» 36°9	» 37°5
8	»	» 37°	» 37°4

OBSERVATION XXXVIII

Claude B..., charron, 25 ans. Entré le 21 avril 1900.

Mère en bonne santé. Père rhumatisant ; trois frères bien portants sans antécédents rhumatismaux.

Rougeole à 6 ans.

Fièvre typhoïde à 17 ans et érysipèle de la face consécutive à la fièvre typhoïde.

Blennorrhagies ayant guéri sans complications.

Ethilisme : 1 litre 1/2 de vin par jour, accompagné de deux ou trois absinthes et quelques petits verres.

Le 1^{er} avril. — Première apparition des douleurs. Les genoux et les articulations tibio-tarsiennes sont pris. Successivement presque toutes les articulations sont prises. Soigné au salicylate de soude pendant trois ou quatre jours, le 10 avril il peut se lever et reprendre son travail. Mais, pendant la soirée de ce même jour, réapparition des douleurs. Rougeur et gonflement dans les articulations.

Le médecin appelé, ordonne un enveloppement des articulations et 2 grammes de salicylate de soude par jour.

Le malade ressent une légère amélioration, qu'il attribue spontanément au salicylate de soude. Mais cet état n'est pas la guérison, car le malade rentre, mais à pied, dans le service de M. le professeur Bondet, le 20 avril.

On constate actuellement : douleur bien marquée sur la face interne du genou gauche, avec légère tuméfaction, sans rougeur. De même à l'articulation tibio-tarsienne. Les mouvements volontaires sont difficiles, douloureux.

A droite, mêmes symptômes un peu atténués avec craquements.

L'épaule droite, le poignet, la main et les doigts présentent encore de la raideur, des douleurs obtuses.

Au cœur : les battements sont faiblement perçus. La pointe bat dans le cinquième espace au dessous du mamelon.

Le premier bruit, s'entend mal, mais sans souffle organique.

Le deuxième bruit est un peu métallique, mais sans souffle.

Le pouls est normal, 64 à la minute.

L'état général est bon.

Température : 37 °4.

Le malade n'est soumis à aucun traitement.

Urines : pas d'albumine.

Le 21. — Urines de coloration pâle.

Dépôt de phosphate.

Réaction alcaline.

Quantité : 2 800.

Densité : 1.016.

Urée : 14 grammes par litre. 40 grammes par jour.

Le 22. — Urines: quantité 1.050

Urée: 16 grammes par litre.

— 16 gr. 80 par jour.

Le 23. — Urines, quantité 2.100.

Urée 16 grammes par litre.

— 23 grammes par jour.

Le 24. — Urines: quantité 1.700 grammes.

Urée 15 grammes par litre.

— 25 grammes par jour.

Le malade souffre comme à son entrée : l'état est absolument le même.

On donne au malade 4 gr. d'antipyrine par jour.

Le 25. — Urines: quantité 1.200.

Urée: 18 grammes par jour.

Le 26. — Urines : quantité 2.000 gr.

Urée: 30 grammes par jour.

Le 27. — Urines : quantité 1800 grammes.

Urée : 25 grammes par jour.

Le malade, guéri, demande à partir. Il va, en effet, tout à fait bien.

Les douleurs ont disparu.

Rien au cœur.

CHAPITRE V

Action de l'antipyrine sur la triade symptomatique du rhumatisme articulaire aigu : la douleur, la température, le gonflement.

L'antipyrine nous renseigne sur la nature du rhumatisme et en éclaire le diagnostic clinique.

L'antipyrine, on le voit, agit d'une façon rapide et sûre sur les trois symptômes qui résument la séméiologie du rhumatisme aigu : la douleur, la température et la tuméfaction.

Analgésique par excellence l'antipyrine, par cette seule propriété, devait être le traitement de choix dans le rhumatisme où l'élément douleur domine et où le malade demande avant tout à être soulagé.

Dès 1885 Bernheim avait mis en évidence cette action sédative de l'antipyrine dans le rhumatisme et disait dans la *Gazette hebdomadaire* : « L'antipy-

rine, à la dose de 6 à 8 grammes, administrée par prise d'heure en heure agit de la même façon que le salicylate de soude; son action est plus rapide et aussi persistante; déjà elle se manifeste trois heures après la première prise ».

Rien n'est plus vrai et il n'est peut-être pas de remède dont l'action soit aussi frappante, et c'est plaisir à voir la satisfaction et la reconnaissance des malades surpris eux-mêmes d'être aussi rapidement soulagés.

M. le professeur Bondet, en présence d'un rhumatisme articulaire aigu franc, a pour habitude de nous prédire le soulagement de son malade dès le lendemain matin et sa guérison au bout de 3 ou 4 jours; d'une façon générale ses prévisions ne le trompent pas.

Plus le rhumatisme est douloureux, plus l'antipyrine agit d'une façon rapide et sûre. Une heure ou deux après l'absorption de l'antipyrine le malade se sent soulagé; le plus souvent il peut dormir la première nuit qui suit le début du traitement, puis l'amélioration se fait progressivement et, dans la majorité des cas, au bout de 3 ou 4 jours, le malade demande à se lever et peut se croire absolument guéri.

M. Secrétan, dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, tome V, publie 30 observations de rhumatismes aigus traités par l'antipyrine. Les douleurs, dit-il, ont le plus souvent diminué dès le second jour, une fois seulement le troisième, une fois aussi le quatrième.

Elles ont cessé :

8 fois le deuxième jour ;
5 fois le troisième ;
2 fois le quatrième ;
2 fois le cinquième ;
1 fois le sixième.

Deux fois elles se sont améliorées, mais n'ont pas cessé complètement.

Royer, dans sa thèse de Paris, cite 36 observations où les douleurs spontanées ont disparu :

22 fois le deuxième jour ;
7 fois le troisième ;
3 fois le quatrième ;
1 fois le huitième.

Deux fois il s'agissait de rhumatisme chronique avec poussée aiguë.

Une fois de rhumatisme blennorrhagique.

Le résumé de nos observations nous fournit les conclusions suivantes :

Règle générale, les douleurs s'amendent dès l'absorption de l'antipyrine.

Sur 38 observations que nous avons présentées les douleurs ont disparu

22 fois au bout de 4 jours ;
11 fois au bout de 6 jours ;
4 fois au bout de 17 jours ;
et 1 fois au bout de 20 jours.

Il est vrai que, dans ce dernier cas, le malade présentait des vomissements dès son entrée, ne pouvait que difficilement absorber l'antipyrine.

La température, comme la douleur, cède rapidement sous l'influence de l'antipyrine. On peut même dire que, généralement, la fièvre diminue en même temps que la douleur et disparaît avec elle. Dans un rhumatisme articulaire aigu franc, quand la température est tombée, la douleur a disparu aussi et il ne reste plus au malade qu'une certaine raideur, témoin et vestige de l'ancienne fluxion articulaire.

Bernheim, dans l'ouvrage cité plus haut, s'exprime ainsi : « L'antipyrine, à la dose de 1 à 2 gr., a une action antithermique identique, mais plus rapide que celle du salicylate de soude. La température commence à baisser au bout d'une demi-heure ou une heure après l'ingestion du médicament, arrive à son maximum après 2 ou 3 heures, quelquefois 4 ou 5 heures et s'y maintient 1, 2 et même 3 heures sans que la durée totale de l'abaissement dépasse jamais 5 à 6 heures ».

A la suite de 20 observations de rhumatisme traité par l'antipyrine, M. Secrétan conclut ainsi : « Quant à la fièvre, quelle que fût sa hauteur au début, elle a presque toujours cédé le deuxième jour, une seule fois le troisième, deux fois le quatrième ».

Boyer arrive aux mêmes résultats : « La plupart du temps, dit-il, l'antipyrine a raison de la température le deuxième ou le troisième jour, jamais plus tard que le quatrième et le cinquième ».

Sous nos yeux, l'antipyrine a eu sur le rhumatisme la même action antithermique.

Nous avons noté, spécialement, la température à la suite de 8 observations ; un simple coup d'œil suffit à se convaincre de l'action de l'antipyrine sur la température. Celle-ci tombe dès l'ingestion de l'antipyrine pour atteindre l'apyrexie complète le premier jour du traitement, comme dans les observations XXIII et XXXV, ou à la rechute de l'observation XXV,

Le troisième jour, dans tous les autres cas, sauf un seul, la première atteinte de l'observation XXV, où la température mit six jours pour arriver progressivement à la normale.

Nous pouvons donc résumer l'action antithermique de l'antipyrine dans le rhumatisme en disant que, sous l'influence de ce médicament, la température décroît aussitôt pour atteindre la normale, parfois le lendemain et, d'une façon générale, trois jours après le début du traitement.

Le gonflement articulaire, la rougeur et la tuméfaction de l'article dans le rhumatisme aigu franc disparaissent en même temps que la douleur et la température sous l'influence de l'antipyrine. C'est que, en effet, ces trois phénomènes sont intimement unis dans le rhumatisme et dépendent du même état morbide au niveau de l'articulation. L'antipyrine n'atteint les symptômes du mal qu'en agissant sur la cause qui le produit et, par son action, l'antipyrine comme le salicylate de soude jette une lumière sur la véritable cause du rhumatisme articulaire aigu. Nous ne pouvons encore affirmer la nature

intime du rhumatisme articulaire aigu, mais à voir la façon dont agissent le salicylate de soude et l'antipyrine, les hypothèses prennent corps, les suppositions s'affermissent et l'on entrevoit déjà le microbe que le microscope n'a pas encore révélé. Nous sommes loin, actuellement, de la théorie humorale, dyscrasique, qui attribue l'affection à une acidité du sang vicié par des produits morbides ou de la théorie nerveuse qui, avec Mitchell, considère les manifestations articulaires comme des troubles trophiques dépendant du système nerveux.

L'emploi du salicylate de soude et de l'antipyrine par les résultats qu'ils donnent, nous amènent à considérer le rhumatisme articulaire aigu comme une affection microbienne infectieuse, et c'est seulement parce que cette théorie n'est pas confirmée par les expériences bactériologiques qu'il n'est pas permis de la soutenir à l'heure actuelle.

Nous avons vu après la démonstration de M. Germain Sée, comment agissait le salicylate de soude au niveau des articulations enflammées.

Il serait téméraire de déterminer l'action intime de l'antipyrine, mais nous pensons qu'elle agit grâce à ses propriétés antiseptiques et antifermentescibles. On a trop l'habitude de considérer l'action antiseptique de l'antipyrine comme très faible. D'après A. Robin au contraire, elle est assez marquée, même à faible dose, et semble se manifester aussi bien dans l'organisme que dans les expériences de laboratoire.

Brouardel et Loye ont vu que l'antipyrine est antifermentescible, antigerminative et antiputrescible.

Vibescq (thèse de Lyon, 1892) est arrivé aux conclusions suivantes :

1^o A 1/100, l'antipyrine retarde considérablement l'action des ferments vivants.

A 5/100 elle diminue d'une façon notable les produits formés et même peut les réduire à néant.

2^o A mêmes doses, elle a les mêmes effets sur les ferments solubles, grâce, sans doute, à une combinaison formée avec les diastases.

3^o Les agents de la putréfaction sont paralysés dans leur action avec une dose de 1/100 à 5/100 et forment avec le sang des combinaisons chimiques non encore déterminées.

4^o A la dose de 5/100, elle empêche le développement des microbes et atténue leur virulence.

Peut-être est-ce à ce titre que l'antipyrine agit dans le rhumatisme articulaire aigu.

M. le docteur Clément, de Lyon, le croit, et pense que l'antipyrine est, avant tout, un antitoxique par excellence et c'est cette action antitoxique qui justifierait son emploi dans la plupart des maladies aiguës microbiennes toxiques telles que la fièvre typhoïde, la grippe, la pneumonie, l'érysipèle, la rougeole, la scarlatine.

C'est surtout cette action anti-microbienne et antitoxique qui expliquerait son action dans le rhumatisme articulaire aigu et en ferait le remède spécifique de cette affection.

L'antipyrine, par son action, vient de nous éclairer sur la nature du rhumatisme; elle fait plus que cela,

elle aide encore au diagnostic de l'affection qu'elle fixe, contrôle ou rectifie.

Rien n'est parfois difficile comme de distinguer si l'on a affaire à un rhumatisme aigu franc ou à un pseudo-rumatisme.

Les symptômes cliniques se ressemblent tellement qu'ils ne permettent pas de différencier d'une façon certaine le rhumatisme aigu vrai de la classe nombreuse des rhumatismes aigus infectieux.

Souvent l'antipyrine vient en aide au clinicien. L'antipyrine, comme le salicylate de soude, et parfois mieux que lui, choisit ses malades. D'une action rapide et sûre dans le rhumatisme aigu franc, elle reste impuissante en présence d'un rhumatisme d'origine gonoccocienne, éberthienne ou bacillaire, ou n'agit, dans ce cas, que comme un simple médicament nervin.

On ne peut méconnaître, en effet, comme l'a montré M. le professeur Lépine, que l'antipyrine soit parfois un médicament nervin. Dans certains cas, il n'agit bien que sur l'élément douleur, comme dans l'ataxie ou la névralgie où son action est comparable et parfois supérieure à celle de la morphine ou du salicylate de soude.

Mais, au contraire, dans le rhumatisme articulaire aigu, l'antipyrine agit plus profondément, elle détruit la cause même du mal en tuant le microbe spécifique du rhumatisme aigu franc et en neutralisant ses ptomaines. Il n'est plus alors un simple médicament nervin, c'est un véritable spécifique, qui comme le salicylate de soude, nous éclaire sur le diagnostic et

la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu franc.

Certaines observations qui, pour quelques auteurs, sont considérées comme des insuccès de l'antipyrine, nous prouvent, au contraire, la spécificité de ce médicament.

C'est parce que l'antipyrine, comme le salicylate de soude du reste, ne guérit que le rhumatisme aigu franc et ne fait qu'apporter un léger soulagement dans les cas nombreux de pseudo-rumatisme, c'est parce que l'antipyrine reconnaît ses malades qu'elle peut-être traitée de remède spécifique.

La classe des pseudo-rhumatismes grandit à mesure qu'on observe et qu'on étudie mieux le rhumatisme, et qu'on peut mieux juger de l'action spécifique de l'antipyrine.

M. le professeur Poncet, dans ces dernières années, a surtout attiré l'attention sur le pseudo-rumatisme d'origine bacillaire et, depuis, on range dans cette classe une foule de rhumatismes taxés autrefois de rhumatismes francs.

On ne peut demander à l'antipyrine de guérir cette classe de rhumatisme, pas plus qu'elle ne guérit un rhumatisme d'origine typhique, blennorrhagique ou érysipélateuse.

Dans ces cas, l'antipyrine soulage seulement et, à ce titre, elle rend encore des services. Elle n'agit pas alors contre la cause de l'affection, mais contre les symptômes et doit encore, et à ce seul titre, être conseillée, car le médecin soulage plus souvent qu'il ne guérit, et c'est beaucoup déjà de soulager dans

un pseudo-rumatisme, où la douleur est presque toute la maladie.

Aussi l'antipyrine, toute puissante et vraiment spécifique dans le rhumatisme articulaire aigu franc, doit-elle toujours être essayée dans le pseudo-rumatisme infectieux.

Dans certains cas, elle agit là où le salicylate de soude avait complètement échoué et, grâce à son action sédative, analgésique et anti-thermique, elle combat les principaux symptômes, elle soulage le malade et lui permet de se rétablir complètement, grâce aux forces de la nature.

CHAPITRE V

Pronostic du rhumatisme articulaire aigu. — Action préventive de l'antipyrine sur les localisations cardiaques.

L'antipyrine n'agit pas seulement sur les symptômes du rhumatisme, mais, par ses propriétés physiologiques et ses vertus spécifiques, elle porte aussi son action sur les complications toujours si graves du rhumatisme articulaire aigu et, en particulier, sur les localisations cardiaques du rhumatisme.

Il faut se rappeler combien les cliniciens d'il y a seulement 30 ou 40 ans, étaient obligés de réserver leur pronostic quand ils se trouvaient aux prises avec un rhumatisme articulaire aigu franc, en face duquel ils étaient complètement désarmés.

Après la découverte du salicylate de soude et la démonstration de sa spécificité à l'égard du rhumatisme, on crut avoir, du même coup, trouvé un remède agissant sur le rhumatisme et ses complications. Nous avons vu, en traitant du salicylate de soude,

combien il avait fallu en rabattre de ces espérances, et nous avons montré, avec des chiffres à l'appui et l'autorité de cliniciens tels que Jaccoud, Donald, Hood, Coupland, Smith, que, non seulement le salicylate de soude ne prévenait pas les complications cardiaques de rhumatisme, mais que, favorisant peut-être leur éclosion, il se trouvait contre-indiqué dans toute lésion du cœur.

L'antipyrine, au contraire, de par sa vertu spécifique sur le rhumatisme, de par ses propriétés physiologiques, doit mettre nos malades à l'abri des localisations rhumatismales et, en particulier, des localisations cardiaques. La clinique, en effet, est d'accord avec toutes les prévisions théoriques et nous verrons, par la série de nos observations, que l'antipyrine met réellement à l'abri des complications cardiaques.

Nous ne dirons rien de l'action de l'antipyrine sur les localisations cérébrales, pulmonaires ou pleurales du rhumatisme. Les observations nous manquent pour nous éclairer absolument à ce sujet. Dans la série des faits que nous avons pu citer ou observer, nous n'avons jamais rencontré de ces complications et nous supposons que, par sa spécificité sur le rhumatisme, l'antipyrine doit écarter aussi ses localisations.

C'est, jusqu'à l'heure actuelle, le raisonnement qu'on a tenu à l'égard des localisations cardiaques et l'on disait de l'antipyrine ce que Germain Sée écrivait au sujet du salicylate de soude : « Il est tout naturel de penser qu'en abrégant la maladie on empêcherait la

production de ses effets habituels et ce qui arrive. » Nous avons vu, au contraire, que cela n'arrivait pas parce que le salicylate de soude, tout en agissant comme spécifique du rhumatisme, est un médicament qui fatigue le cœur, donne de l'éréthisme cardiaque, et le met dans des conditions défavorables pour lutter contre les atteintes du rhumatisme. Les mêmes motifs qui contre-indiquaient son emploi dans toute affection cardiaque doivent nous le faire rejeter alors que le cœur est encore sain.

Cela arrive, au contraire, avec l'antipyrine et, pour elle, nous pouvons redire avec raison le mot de Germain Sée. Il est naturel de penser qu'un médicament qui jugule un rhumatisme dès la première heure de son emploi, qui le guérit au bout de deux à trois jours dans la grande majorité des cas, de 6 à 7 jours dans les atteintes les plus rebelles, doive, par son action si rapide, prévenir toute localisation cardiaque.

En détruisant le mal, en neutralisant sa cause : microbes ou ptomaïnes, on doit nécessairement supprimer toute complication. Car, en général, les affections valvulaires s'établissent dans le cours du deuxième septennaire de l'attaque rhumatismale. Or, à ce moment, si l'antipyrine est donnée dès le début de l'attaque, le malade est guéri, et nous dirons, avec Chevron (Thèse de Lyon), 1892, c'est par sa rapidité d'action et par sa spécificité que l'antipyrine prévient les maladies de cœur à la suite du rhumatisme aigu.

Cela arrive grâce aussi à l'action de l'antipyrine sur le muscle cardiaque lui-même et la circulation

en général. En 1886, M. le Dr Clément faisait justice de l'accusation portée contre l'antipyrine qui, disait-on, paralysait le cœur parce que cet organe était en diastole sur le cadavre. La mort en diastole, répondait-il, est un fait habituel, quel que soit le genre de mort et on ne saurait tirer aucun renseignement de ce phénomène banal. D'ailleurs, ajoutait-il, cette prétendue action paralysante est en contradiction avec d'autres faits expérimentaux. Sauf quelques rares exceptions, la plupart des physiologistes ont, en effet, constaté une augmentation de la tension sanguine et on ne saurait concevoir l'accroissement de la pression sanguine sous l'influence d'un médicament qui paralyserait le cœur.

Il résulte aussi des expériences de Quierolo, assistant à la clinique du professeur Marigliano, de Gênes, que, sous l'influence de 4 à 6 grammes d'antipyrine, prise en l'espace de 1 à 3 heures, la pression artérielle, mesurée à l'appareil de Baasch, est la même ou augmente un peu.

Le même expérimentateur conclut aussi que l'antipyrine produit, chez les individus apyrétiques, une très légère dilatation des vaisseaux cutanés. Chez les fébricitants, cette dilatation est plus marquée, elle précède l'abaissement de la température.

Casimir, dans sa thèse de 1886, démontre, avec l'aide de M. le professeur Morat, par des expériences sur le chien et le lapin, que l'antipyrine, injectée à dose toxique chez ces animaux, produit :

1^o Une élévation de la tension dans le système artériel ;

2^o Une diminution passagère du volume du rein par resserrement des artères qui le pénètrent, mais cette diminution ne dure pas plus de trois minutes et le rein reprend ses dimensions et sa sécrétion normales;

3^o Enfin, une vaso-dilatation des vaisseaux périphériques.

Cliniquement, et à doses thérapeutiques, l'antipyrine ne paraît pas avoir d'action vaso-constrictive sur les vaisseaux profonds et, en particulier, sur ceux du rein, et Casimir conclut, qu'à doses fractionnées de 50 centigrammes toutes les trois heures, l'antipyrine n'a jamais donné lieu à une diminution appréciable de la sécrétion urinaire et du taux de l'urée.

En résumé, nous pouvons donc conclure de ces recherches que, en clinique, l'antipyrine élève la tension artérielle et dilate les vaisseaux périphériques, et nous pensons, avec M. le docteur Clément, que ce médicament facilite le rôle du cœur, en tonifiant le muscle cardiaque et en augmentant le calibre des artérioles périphériques.

Grâce à cette action, unie à ses propriétés spécifiques contre le rhumatisme, l'antipyrine place le malade dans les conditions les plus favorables pour éviter toute localisation cardiaque et lésion valvulaire rhumatismale.

Nous n'allons pas jusqu'à dire que l'antipyrine guérit des lésions myocardiaques constituées. Il n'est pas de médicament capable de reconstituer une valvule, détruite par une végétation ou immobilisée par l'athérome, mais nous disons que l'antipyrine

n'est pas contre-indiquée par une lésion valvulaire préexistante, quand la fibre cardiaque n'est pas dégénérée, qu'elle jugule ou guérit même la péricardite et met à l'abri de toute complication cardiaque un rhumatisme traité par elle dès le début de l'attaque.

Les faits cliniques que nous avons reproduits vont maintenant nous servir à démontrer ce que nous avons avancé.

Les lésions cardiaques anciennes ne constituent pas une contre-indication à l'administration de l'antipyrine. M. le docteur Clément démontre, par des faits, que l'antipyrine peut être employée, sans inconvénient, à des doses relativement élevées, pendant longtemps, chez des sujets atteints de lésions cardiaques, pulmonaires et rénales.

Dans aucun cas, il n'a vu s'aggraver les troubles cardio-pulmonaires, loin de là, ils s'amélioraient le plus souvent à mesure que disparaissaient les douleurs articulaires et la fièvre.

M. le docteur Mayer, de Lausanne, a traité par l'antipyrine une jeune fille atteinte de fièvre typhoïde et d'insuffisance aortique. Or, dit-il, le cœur a été tonifié plutôt qu'affaibli par le médicament.

M. le docteur Clément cite un cas d'insuffisance aortique, où l'antipyrine a été administrée pendant plusieurs mois, sans qu'on aie jamais noté d'effet nuisible du côté du centre circulatoire.

Puis, citant huit observations de rhumatisme articulaire aigu, avec complications cardiaques, il a toujours vu les lésions cardiaques ne pas augmenter,

mais, le plus souvent, rétrocéder sous l'influence de l'antipyrine.

Nous ne prendrons pour exemple que la première observation, où la malade citée a, en même temps que son rhumatisme, une lésion mitrale, une péricardite, une pneumonie gauche et une pleurésie droite. Le sujet a pris 70 grammes d'antipyrine en quinze jours (sauf une suspension de trois jours). La pleurésie s'est résorbée en sept jours et la péricardite a été résolue dix jours après la visite où on avait noté le maximum d'extension.

Non seulement l'antipyrine n'a produit aucun trouble appréciable de la fonction cardiaque mais encore a hâté la résolution des complications du côté des séreuses.

Parmi les malades que nous présentons il en est huit qui sont arrivés à l'hôpital avec des lésions manifestes du myocarde. Traités par l'antipyrine ils ont guéri de leur attaque de rhumatisme pour laquelle ils se faisaient soigner sans qu'on vît survenir une autre localisation ou sans que la lésion existante en soit aggravée. Bien plus, dans l'observation XXIII le dédoublement du deuxième bruit qu'on percevait à l'entrée a disparu en même temps que la douleur et, dans l'observation XXVI, on voit presque disparaître un souffle systolique perçu nettement à l'entrée avec propagation vers l'aisselle.

Malheureusement ces deux résultats ne sont que l'exception et si l'antipyrine agit sur la fluxion articulaire, elle reste, dans la grande majorité des cas, impuissante contre les lésions persistantes de l'endocarde.

Il n'en est pas de même contre les lésions précoces du péricarde, et l'on peut dire que l'antipyrine a une action réelle contre la péricardite.

Une thèse toute récente du docteur Murgue démontre cliniquement l'action de l'antipyrine contre la pleurésie et sa propriété de résoudre l'épanchement. Nous pensons qu'il doit en être de même à l'égard de toutes les séreuses et du péricarde en particulier. Nos observations relatent des cas d'hydarthrose du genou résolus en quelques jours par l'antipyrine.

Je citais, plus haut, l'observation type de M. le docteur Clément où un épanchement était résorbé en sept jours et une péricardite résolue en dix jours sous l'influence de l'antipyrine.

Nous présentons deux observations de péricardite rhumatismale, les observations V et XX où, sous l'action de l'antipyrine, les symptômes de péricardite, dans le premier cas, s'amendèrent au bout de sept jours, pour disparaître au bout de quinze et, dans le second cas, diminuèrent au bout de dix jours pour guérir tout à fait.

L'observation XXVIII signale le cas d'une péricardite sèche que le malade présentait à son entrée et qui, soignée par l'antipyrine et les pointes de feu, ne guérit pas. Il est vrai que le malade avait eu, les deux années précédentes, deux attaques de rhumatisme; que sa péricardite avait les allures d'une vieille péricardite datant sans doute de ses premières atteintes et nous savons que l'antipyrine ne peut rien sur des lésions anciennes et profondément constituées.

Ce qu'il faut avant tout, en présence d'un rhumatisme, c'est traiter rapidement par l'antipyrine, de façon à le juguler et éviter l'éclosion des complications cardiaques. Car c'est surtout au point de vue du pronostic que l'antipyrine est d'un grand secours et d'un précieux emploi.

Joubert-Laurencin, dans sa thèse inaugurale, s'était simplement posé la question de savoir si l'antipyrine prévenait les manifestations viscérales du rhumatisme sur le cœur, le poumon, etc. Notre expérience est trop jeune, disait-il, pour poser un jugement définitif sur ce point. Toutefois, il ne nous semble pas que les complications fussent écartées par l'antipyrine mieux que par le salicylate. Cependant, si nous analysons les 17 observations de rhumatisme citées par lui et traitées par l'antipyrine, nous voyons que 14 fois la maladie a évolué et guéri sans complications.

Trois fois, les malades présentaient, à l'entrée, des lésions endocardiques que l'antipyrine n'a pas modifiées.

Une fois, une péricardite survenue pendant une nouvelle attaque après suppression de l'antipyrine, a guéri par l'antipyrine en dix jours.

Le docteur Boyer, dans sa thèse de 1891, rapporte que le docteur Gabriel, médecin-major de 1^{re} classe, a traité à l'hôpital de Bourges, par l'antipyrine, plus de 150 cas de rhumatisme et toujours avec succès.

Toujours dans les six à sept jours, défervescence complète et disparition de la douleur, la conva-

lescence ne s'est jamais fait attendre plus de quinze jours.

Dans aucun cas traité de cette façon, il n'a été remarqué de complications ni du côté du cœur, ni d'aucun autre organe.

M. le docteur Dufour, qui a succédé au docteur Gabriel, est étonné de ce résultat, car chez les rhumatisants qu'il voit à l'hôpital — et ils sont nombreux — il constata que un sur dix, au moins, a des lésions cardiaques. Depuis le départ de M. Gabriel, le traitement par le salicylate est le seul en vigueur.

Le docteur Boyer conclut de ses observations, que l'antipyrine n'a pas modifié les lésions anciennes; qu'elle est préférable au salicylate de soude, non seulement à cause de la rareté des accidents secondaires, mais encore et surtout à cause de la plus grande rapidité de son action thérapeutique.

Sur 36 cas qu'il avait présentés, trois malades avaient des lésions anciennes, deux malades n'ayant rien au cœur à leur entrée sont sortis l'un avec un léger souffle mitral, l'autre avec un bruit de caille. Les autres sont partis entièrement guéris, sans aucune complication.

Le docteur Thomas, dans sa thèse de Lyon, 1892, conclut que l'antipyrine prévient les complications rhumatismales plus que le salicylate de soude.

Les complications cardiaques, notamment, se produisent dans la proportion de 50 à 60 pour 100 dans les cas traités par le salicylate. Avec l'antipyrine, nous avons vu tomber cette proportion à 17 pour 100.

Nous pensons que cette proportion même est trop

élevées, car, en réalité, tout rhumatisme articulaire aigu franc, traité tout à fait au début de l'attaque, ne présentant aucune lésion viscérale, doit guérir sans complication.

Le résumé de nos observations en est une démonstration évidente.

Sur 38 cas de rhumatismes articulaires aigus traités par l'antipyrine :

20 sont entrés à l'hôpital sans complications cardiaques et sont sortis de même.

14 sont entrés avec des complications plus ou moins graves.

9 sont sortis avec les mêmes complications.

3 péricardites ont complètement guéri.

2 lésions valvulaires ont été améliorées.

Ce sont les observations XXIII, dont le dédoublement du deuxième bruit a disparu, et XXVI dont le souffle systolique n'est presque plus perceptible.

Enfin, 3 sujets ont vu se développer une complication cardiaque après suppression de l'antipyrine ; ce sont les observations XIX, XXI et XXV. L'antipyrine ayant été suspendue, nous voyons apparaître chez le premier un souffle systolique et diastolique. Sous l'influence de l'antipyrine le souffle diastolique disparaît, il ne reste plus que le souffle systolique.

Dans la seconde, une péricardite se déclare qui est seulement soulagée, mais non complètement guérie.

Enfin, dans l'observation XXV, nous notons un souffle systolique qui disparaît par l'antipyrine. Une seule fois (Observation XXII) une localisation cardia-

que, — encore est-elle douteuse, — s'est produite au cours du traitement par l'antipyrine. Cette localisation est seulement accusée par un premier bruit difficilement perçu et un deuxième bruit sec et parcheminé.

Nous pouvons donc conclure que l'antipyrine non seulement n'a jamais été dangereuse, mais s'est souvent montrée utile en face d'une lésion cardiaque persistante et que, sauf une exception, le remède que nous préconisons nous a toujours mis à l'abri des localisations cardiaques.

CHAPITRE VI

Mode d'emploi de l'antipyrine ; sa dose journalière.

L'antipyrine a été accusée de nombreux méfaits, nous avons déjà montré, dans le chapitre précédent, que, loin de favoriser la syncope cardiaque, elle paraissait plutôt un tonique du cœur il nous reste à parler de son action sur le rein, et à montrer que, contrairement à l'avis de M. le professeur Renaut, l'antipyrine ne ferme pas le rein.

A ce sujet, la thèse de M. Casimir nous sera d'une grande utilité. Il y démontre, par des observations cliniques et des expériences poursuivies avec le concours de M. le professeur Morat, l'action de l'antipyrine sur le filtre rénal ; et il arrive aux conclusions suivantes :

Expérimentalement et à la suite de doses massives administrées en injections intra-veineuse, on voit :

Le volume du rein diminuer. La sécrétion urinaire diminuer d'abord pendant une demi-heure ou une

heure pour revenir, au bout de ce temps, aux proportions du début de l'expérience et même les dépasser.

En clinique, les doses de 3 à 4 grammes d'antipyrine, administrés par 0.50 centigrammes toutes les 3 heures, n'ont jamais donné lieu à une diminution appréciable de la sécrétion urinaire et du taux de l'urée.

Dans les tracés qu'il produit à la fin de sa thèse, nous voyons, au contraire, la sécrétion urinaire augmenter sous l'influence de l'antipyrine et à mesure que la température décroît.

M. le professeur Bondet maintient qu'on a exagéré l'action nocive de l'antipyrine et qu'on ne peut la redouter que lorsqu'on exagère les doses de ce médicament.

Il est évident alors qu'on peut avoir des accidents semblables à ceux que produisait le Dr Casimir dans ses expériences ; à dose toxique l'antipyrine diminue le volume du rein et sa fonction sécrétoire.

M. le Dr Clément n'a jamais eu d'accidents avec l'antipyrine ; il a seulement observé, dans quelques cas cet exanthème morbiliforme sur lequel M. le professeur Bondet avait attiré l'attention, et pourtant le Dr Clément élève considérablement les doses quotidiennes d'antipyrine que, dans ses observations, nous voyons ordonner couramment à raison de 6 à 8 grammes par jour.

Le Dr Clément a même pu donner des doses assez considérables d'antipyrine à des malades atteints d'affection rénales sans voir survenir aucun accident. Pour notre part, nous pensons souvent que, dans ces

cas, l'antipyrine doit être employée avec prudence et modération, parce que le rein éliminant mal le médicament, l'antipyrine peut s'accumuler dans l'organisme et déterminer des accidents d'intoxication. Chez les sujets, au contraire, où le filtre rénal fonctionne bien, les doses thérapeutiques d'antipyrine n'ont jamais fermé le rein ni diminué la sécrétion des urines.

Nous avons pu noter, chez quelques malades, que nous avons spécialement suivis à ce point de vue, la quantité d'urines sécrétées en 24 heures, leur densité et le taux de l'urée ; les résultats concordent absolument avec ceux de M. Casimir. Le plus souvent nous voyons la sécrétion de l'urine se faire plus abondante à mesure que le rhumatisme disparaît sous l'influence de l'antipyrine.

D'une façon générale, l'antipyrine est supportée mieux que le salicylate de soude et ne donne pas, comme lui, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles.

On observe parfois des vomissements à la suite de l'ingestion de l'antipyrine. L'antipyrine, en effet, comme le démontre M. le professeur Cazeneuve, neutralise le suc gastrique et peut provoquer des vomissements, mais on évitera facilement cet inconvénient en administrant ce médicament en solution et dans l'intervalle des repas.

Roger, sur trente-six observations, ne cite qu'un cas d'intolérance de l'antipyrine, et encore cette intolérance est due, dit-il, partie au médicament qui provoque quelquefois des vomissements, partie aussi

à l'état nerveux et à un mauvais état gastrique que le malade présentait depuis son entrée.

Les vomissements provoqués par l'antipyrine se remarquent surtout chez la femme.

Sécrétan, sur vingt observations de rhumatisme traité par l'antipyrine, n'a vu qu'un cas d'intolérance avec vomissements. A cette exception près, dit-il, l'antipyrine ne produit ni dégoût, ni gastricisme, choses si fréquentes avec le salicylate de soude.

Pour nous, parmi les faits que nous avons cités, un seul malade présentait des vomissements à son entrée et a continué à vomir son antipyrine.

M. le professeur Bondet n'a jamais observé ni collapsus, ni sueur, avec l'antipyrine qui ne doit pas, à ce point de vue, être assimilée à l'acide phénique, et ces accidents, dit-il, doivent tenir à des doses exagérées, telles que celles de 15, 20 et même 25 grammes par jour. Il n'a pu noter que des éruptions cutanées, conséquence de l'emploi de l'antipyrine.

Deux de nos observations, III et XX, signalent une éruption rubéolique produite par l'antipyrine ; ce sont les seuls accidents que la clinique nous ait fournis. Ces éruptions ne présentent jamais de gravité et cessent d'elles-mêmes par la simple cessation du médicament et, dans les deux cas particuliers, nous les avons vu disparaître en deux ou trois jours, en supprimant l'antipyrine.

Pour éviter ces accidents il faut rechercher la susceptibilité de chaque malade à l'égard de l'antipyrine, comme on étudie la susceptibilité de tout ma-

lade à l'égard du mercure, de la digitale, de l'opium, en un mot de toute espèce de médicament.

Tel malade pourra supporter des doses énormes d'antipyrine et n'en retirer que des avantages; tel autre pourra présenter des accidents d'intoxication avec 6, 5, et même 4 grammes d'antipyrine, mais ces cas sont rares

Il faudra surveiller surtout les malades atteints de néphrite, chez qui ce médicament, s'éliminant mal, peut provoquer des accidents d'intolérance.

Enfin, certains états morbides particuliers peuvent rendre l'antipyrine dangereuse et susceptible de provoquer des accidents, même administrée à dose moyenne; nous voulons parler de ces affections qui ont de la tendance à amener le collapsus, telles que la fièvre typhoïde, la pneumonie, la phtisie.

Dans ces cas, le cœur ayant déjà de la tendance à fléchir, l'antipyrine pourrait précipiter les événements et déterminer des accidents semi-comateux.

Il en est de même dans le rhumatisme articulaire aigu, lorsque le sujet se présente avec des lésions cardiaques avancées, ou un cœur gros qui a de la tendance au collapsus. En un mot, dans ces cas particuliers, il faut savoir rester dans la zone limite et ne pas dépasser 4 grammes par 24 heures et surtout, fractionner les doses en donnant 0,50 centigrammes toutes les 3 heures.

Sauf ces cas, où le malade doit être surveillé de très près, M. le professeur Bondet ordonne d'une façon courante, l'antipyrine, comme traitement du rhumatisme articulaire aigu, à la dose de 4 grammes

par jour dans une potion de 150 grammes, à prendre par cuillerées à bouche, toutes les trois heures dans l'intervalle des repas.

De cette façon, on évite, à coup sûr, les vomissements, l'antipyrine est facilement tolérée et absorbée et le malade constamment tenu sous l'empire du médicament.

Il ne faut pas supprimer tout-à-coup l'antipyrine dès que le rhumatisme paraît avoir disparu, mais diminuer simplement la dose journalière et la maintenir à 2 grammes par jour pendant encore 10 ou 15 jours après cessation des douleurs, afin d'éviter toute récurrence. Les observations III, XIX, XXV, XXVII, sont très instructives à ce sujet ; les douleurs rhumatismales reparaissent pour avoir supprimé trop tôt l'antipyrine.

L'observation XXV nous montre jusqu'à l'évidence la supériorité de l'antipyrine sur le salicylate de soude. Après une guérison apparente de rhumatisme on substitue le salicylate de soude à l'antipyrine. Les douleurs reparaissent de nouveau et ne cèdent qu'à une nouvelle administration d'antipyrine.

En résumé, donc, l'administration de l'antipyrine demande à être surveillée chez les malades présentant à l'égard de ce médicament une susceptibilité particulière, ou possédant une lésion du rein ou du cœur par trop avancée.

Nos observations, sauf deux cas d'éruption rubéolique bénigne, ne signalent aucun accident provoqué par l'antipyrine qui nous paraît, au contraire, être le traitement de choix du rhumatisme articulaire aigu ;

outre son action spécifique qu'il partage avec le salicylate de soude, il possède en plus que son rival une action préventive contre les localisations cardiaques du rhumatisme.

CONCLUSIONS

1° L'antipyrine, comme le salicylate de soude, est un spécifique du rhumatisme articulaire aigu.

2° Grâce à son action spécifique, l'antipyrine nous éclaire sur la pathogénie du rhumatisme et nous permet de soupçonner la nature infectieuse de la maladie.

3° L'antipyrine, par cette action spécifique, peut servir au diagnostic de l'affection.

4° En dehors du rhumatisme articulaire aigu, l'antipyrine agit encore comme analgésique dans le pseudo-rhumatisme et soulage souvent là où le salicylate ne faisait rien.

5° Grâce à l'antipyrine le pronostic du rhumatisme articulaire aigu s'atténue dans de notables proportions.

6° Un rhumatisme articulaire aigu, soigné dès le premier jour par l'antipyrine, est mis presque sûrement à l'abri des complications cardiaques.

7° L'antipyrine donnée en solution à raison de 4 grammes par jour, prise par cuillerées à soupe toutes les trois heures dans l'intervalle des repas, produit l'action thérapeutique demandée. Elle est bien supportée par le malade et n'amène aucune diminution, ni dans la sécrétion de l'urine, ni dans le taux de l'urée.

8° En résumé, l'antipyrine nous paraît le médicament de choix dans le rhumatisme articulaire aigu par sa spécificité et surtout son action préventive sur les localisations cardiaques du rhumatisme.

VU :

Le président de la Thèse,

D. CROLAS.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNHEIM. — De l'efficacité de l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire aigu et subaigu. *Gazette hebdomadaire*, 1885.
- BERNHEIM et SIMOND. — Id.-id. *Revue Médicale de la Suisse romande*, 1887.
- SECRÉTAN. — Antipyrine et rhumatisme. *Revue Médicale Suisse romande*, 1885.
- HÆMERLIN. — Etude comparative sur les divers modes de traitement des rhumatismes. Thèse de Nancy, 1878. Non efficacité du salicylate de soude dans le rhumatisme. *Archives des maladies des Enfants à l'hôpital Saint-Olga*, Moscou, 1897.
- DAVAINE. — Etude comparative du rhumatisme articulaire aigu et des poussées de rhumatisme chronique. Thèse de Paris, 1896.
- LINOSSIER-LANNOIS. — Traitement du rhumatisme par le salicylate de soude. *Bulletin Médical*, 27 septembre 1896.
- JOUBERT-LAURENCIN. — De l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire aigu et subaigu. Thèse de Lyon, 1885.
- CLÉMENT. — De l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire aigu avec complications diverses. *Lyon Médical*, 1886.

- ROYER. — Traitement du rhumatisme articulaire aigu et subaigu par l'antipyrine. Thèse de Paris, 1892.
- CHEVRON. — Salicylate de soude et antipyrine dans le rhumatisme articulaire aigu. Thèse de Lyon, 1893.
- CROLAS et HUGOUNNENQ. — Contribution à l'étude des effets physiologiques de l'antipyrine. *Lyon Médical*, 1890.
- LÉPINE. — De l'antipyrine considérée comme médicament nervin. *Lyon Médical*, 1886.
- GOURIN. — Des accidents de l'antipyrine. Thèse de Paris, 1893.
- DELANGLE. — Des accidents causés par l'antipyrine. Opinion et critique. Thèse de Lille, 1897.
- CLÉMENT. — Des accidents dus à l'emploi de l'antipyrine, 1877. Thèse de Paris.
- HARISPE. — Rhumatisme articulaire aigu. Thèse de Paris, 1897.
- PETIT. — Considérations d'ensemble sur la bactériologie du rhumatisme articulaire aigu. Thèse de Paris, 1898.

